This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY,
19 BOYLSTON PLACE.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES
fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU.

64e ANNÉE

Revue de Thérapeutique

MÉDICO-CHIRURGICALE

Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales fondé en **1833** par le Professeur TROUSSEAU

COMITÉ DE DIRECTION :

Prof. **BOUCHARD**
Membre de l'Institut.
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Prof. **GUYON**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Necker.

Prof. **LANNELONGUE**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Prof. **LANDOUZY**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Laënnec.

Prof. **FOURNIER**
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

RÉDACTION :

Dr **BENOIT**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BERNE** ex-interne des hôpitaux.
Dr **BLONDEL**, ex préparat. de la Faculté.
Dr **CASTEX**, chargé de Cours à la Faculté.
Dr **CHASSEVANT**, prof. agr. à la Faculté.
Dr **CHEVALIER**, chirurgien des hôpitaux.
Dr **DEMELIN**, accoucheur des hôpitaux.
Dr **KOPFF**, ex-président de la Soc. d'opht.
Dr **LESAGE**, médecin des hôpitaux.
Dr **LYON**, ex-chef de clinique de la Faculté.
Dr **MOREL-LAVALLÉE**, méd. des hôpit.
Dr **SÉMELAIGNE**, ex-interne des hôpit.
Dr **SOUPAULT**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **THIERCELIN**, ex-int. des hôpitaux.
Dr **VOGT**, ex-assistant de la Fac. de Genève.

Dr **DEERING**. — M. **DUNCAN**. — Dr **HIRSCHBERG**. — Dr **B. TAFT**.

Revue des Publications étrangères.

Rédacteur en Chef : **Dr RAOUL BLONDEL**

Ex-préparateur de la Faculté de Médecine de Paris, Lauréat de la Faculté, Secrétaire général-adjoint de la Société de Thérapeutique.

Secrétaire de la Rédaction : **Dr E. VOGT**

Ex-assistant de la Faculté de Genève, Secrétaire de la Société de Thérapeutique.

Rédaction :
8, rue de Castellane.

Abonnements, vente au numéro et publicité :
Librairie FÉLIX ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

Abonnements : FRANCE, **12** fr.; ÉTRANGER, **13** fr.

1897

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER-BAILLIÈRE ET Cie

FELIX ALCAN, EDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1897

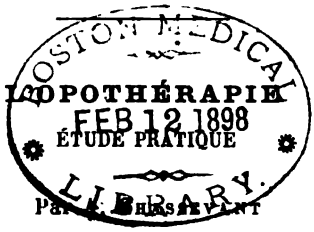
Tous droits réservés.

BOSTON MEDICAL
FEB 12 1898
LIBRARY.

CATALOGUED
FEB 12 1898
E. H. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

4434



L'OPOTHÉRAPIE
ÉTUDE PRATIQUE

Par [illegible]
Professeur agrégé de la Faculté de médecine.

L'opothérapie a conquis à l'heure actuelle droit de cité en thérapeutique; chaque jour l'emploi plus ou moins raisonné des tissus et liquides de l'organisme comme agent curateur trouve une application nouvelle.

Il convient de rappeler ici que cette nouvelle méthode thérapeutique qui, à l'heure actuelle, jouit d'une vogue si considérable dans le monde entier, est d'origine française.

C'est Brown-Séquard, le premier, qui, à la suite de sa magistrale conception sur les fonctions internes des glandes, fit les premiers essais d'opothérapie. Tout le monde se rappelle ses retentissantes communications, les espérances qu'on a fondées hâtivement sur cette nouvelle méthode et les polémiques ardentes qu'elles ont soulevées. Le célèbre physiologiste a, dès cette époque, prévu la généralité de cette thérapeutique nouvelle lorsqu'il écrivit : « La thérapeutique que nous proposons, ne comprend pas seulement l'emploi des liquides retirés des diverses glandes, mais aussi de tous les tissus spéciaux non glandulaires. »

Cette première étude sur la valeur thérapeutique du suc testiculaire a immédiatement suscité de nombreux travaux physiologiques et cliniques : d'Arsonval, Poehl, Mégnin, Hénocque, Nourry et Michel, Gramatchikoff, etc., ont étudié l'extrait orchidien au point de vue expérimental, tandis que Villeneuve, Carl Vogt, Mairet, Dumontpallier, Lemoine, Variot, Coulon, Poupinel, Bouffé, etc., l'expérimentaient dans le traitement de la débilité sénile, l'anaphrodisie, la neurasthénie, les névroses, hystérie, épilepsie, paralysie agitante, le tabes, les diverses myélites, la lèpre, le psoriasis, etc.

Ces recherches ont en outre créé tout un mouvement d'idées nouvelles, une véritable suggestion thérapeutique. Et, comme l'a si bien dit Landouzy, on s'est rapidement aperçu : qu'il y avait là tout un champ de recherches à explorer, et que l'opothérapie scientifiquement pratiquée, prudemment conduite, nous réserve plus d'une surprise; il est évident que nous aurions tort de ne pas nous laisser mettre par la médecine expérimentale en suggestions thérapeutiques qui, vraisemblablement, reculeront notre zone d'action sur les affections viscérales, dont le plus grand nombre résiste aux entreprises de notre thérapeutique courante. Que s'il n'appartient pas plus à l'opothérapie qu'à nos médications usuelles d'aider nos viscères à revenir organiquement *ad integrum*, il n'est pas interdit au médecin qui pense pathogéniquement, de faire appel à des tissus et à leurs fonctions de vicariance; il ne lui est pas interdit de demander à un tissu de renfort, de « tenir le rôle de viscère adultéré ».

C'est, obéissant à ces considérations, qu'en 1892 Constantin Paul entreprit l'opothérapie nerveuse en traitant, au moyen de la substance grise du cerveau, la neurashténie et

le tabes ; que Schiff, Lannelongue, Gley, Murray, Hourtz, etc., ont constaté l'action spécifique si remarquable du corps thyroïde et jeté les bases de la médication thyroïdienne; que Minkowsky, Hedon, Thiroloix, Caparelli, Mackenzie, etc., ont été amenés par une nouvelle conception du diabète à essayer l'action de la pulpe de pancréas sur les diabétiques ; que Dieulafoy a prescrit avec succès l'extrait rénal chez les urémiques; qu'à l'heure actuelle de nombreux thérapeutes utilisent avec des résultats variables l'ovaire, le foie, le cœur, les muscles, les poumons, la rate, la moelle des os, etc., liste déjà longue qui s'accroît tous les jours.

Nous n'avons pas l'intention, dans cet article, de faire un historique complet de la question et de signaler les nombreuses tentatives plus ou moins heureuses de l'opothérapie. Nous désirons traiter particulièrement le côté pratique de la question en insistant sur les résultats qui semblent définitivement acquis ; sur le mode d'administration et les formes pharmaceutiques que l'on peut donner à ces nouveaux agents de la matière médicale.

L'opothérapie a pour but de demander à une glande ou à un tissu de renfort, de tenir le rôle du viscère adultéré, en fournissant le principe actif nécessaire au fonctionnement de l'organisme malade.

Trois méthodes permettent de remplir ce but :

1° *La méthode des greffes.* — Cette méthode n'a guère été employée que pour la glande thyroïde chez l'homme. C'est Schiff qui démontra expérimentalement que la greffe d'un corps thyroïde pris à un autre animal, faite à un chien thyroïdectomisé, empêchait les accidents qui surviennent fatalement à la suite de l'ablation du corps thyroïde d'apparaître. Lannelongue pratiqua, en 1890, la greffe thyroïdienne sur l'homme avec succès. Kocher, Bicher, Serrano, Bettencourt, Moelker, Walther, etc., ont obtenu de même des résultats très encourageants. On s'aperçut bientôt que l'amélioration qu'apportait la greffe n'était que temporaire et que la maladie continuait à suivre son cours, la glande greffée perdant rapidement sa structure histologique et sa fonction. Cette observation et le fait qu'une opération de cette gravité présente toujours un certain danger, ont fait rapidement abandonner cette méthode.

Horsley préconise cependant cette méthode, car il prétend que : « si la glande greffée s'atrophie, c'est parce qu'on l'introduit dans un organisme saturé de produits toxiques. Si par contre on commence par demyxœdémiser le malade en lui faisant ingérer de la thyroïde jusqu'à disparition complète de tout symptôme morbide, et qu'alors, mais seulement alors, on fasse la greffe, la glande ne s'atrophiera pas, elle continuera à vivre et à sécréter la substance antitoxique ».

Des expériences faites sur le singe par cet auteur semblent être suivies de succès..

2° *La méthode des injections sous-cutanées.* — Cette méthode, mise en œuvre par Brown-Séquard, est la méthode de choix pour les recherches expérimentales sur la valeur des extraits organiques.

Les extraits organiques destinés aux injections sous-cutanées doivent être préparés aseptiquement, soit en employant la méthode d'Arsonval, soit en la modifiant comme l'ont fait Gley et Murray dans la préparation du liquide thyroïdien, de façon à obtenir un liquide plus actif.

Dans la pratique médicale cette méthode présente certains inconvénients : la préparation difficile et la conservation des liquides organiques. Excellente entre les mains du physiologiste qui prépare lui-même ses extraits à son laboratoire, elle peut devenir dangereuse entre les mains du praticien qui se fie à la conscience de fabricants peu scrupuleux.

Les extraits d'organes destinés aux injections hypodermiques demandent à être préparés presque sous l'œil de celui qui doit les injecter, et au moment, ou peu de temps avant leur emploi, car malgré toutes les précautions les plus minutieuses on ne peut jamais être certain de n'avoir aucun germe. Les extraits préparés à froid peuvent être non nocifs, aseptiques autant que possible, c'est-à-dire contenir le minimum de germes possible; mais on ne peut les soumettre à une stérilisation exacte.

3° *La méthode par administration dans le tube digestif.* — Cette méthode est la plus facile à mettre en œuvre. On peut administrer le médicament soit par voie rectale, soit par voie buccale.

L'administration par voie rectale est une méthode très rationnelle, presque équivalente à l'injection sous-cutanée. Il faut avoir soin, pour assurer l'absorption du médicament, de nettoyer la muqueuse intestinale par un lavement et d'assurer le séjour de l'extrait fluide glandulaire en facilitant par les opiacés la tolérance de l'intestin. Cette méthode suppose que le principe actif ne se détruit pas par son passage au travers de la muqueuse intestinale et qu'il est dialysable.

La méthode par ingestion buccale, de beaucoup la plus employée, suppose que le principe actif de l'organe ingéré n'est pas détruit par le suc gastrique et qu'il pénètre dans l'organisme sans être modifié par l'intestin ni le foie.

Ce fait, démontré à l'heure actuelle pour le principe actif de la glande thyroïde, ne l'est pas encore d'une façon certaine pour tous les autres agents opothérapiques.

On peut, en modifiant la forme pharmaceutique (cachets, poudres, pastilles, pilules, extraits fluides), faire accepter sans répugnance par le malade un médicament organique qu'il refuse d'ingérer en nature.

La transformation que fait subir le pharmacien doit ne pas détruire le principe actif, assurer la conservation et ne pas donner une sécurité trompeuse. On doit se rappeler que les extraits organiques, les mieux préparés, sont tous éminemment putrescibles; que sortis de l'officine du fabricant parfaitement aseptiques ils se contaminent lorsqu'on les débouche pour la première fois; que les extraits les plus secs sont cependant le plus souvent très hygroscopiques, que l'humidité qu'ils fixent les rend aptes à fermenter et que ce sont les meilleurs milieux de culture. Même conservés en cachets dans une boîte en bois, nous avons vu des extraits secs fermenter, quoique conservés sur le poêle de la salle à manger. Il faut se rappeler que toute putréfaction commençante, même arrêtée par stérilisation, introduit dans la substance à ingérer des ptomaïnes éminemment toxiques.

Le médecin devra donc, lorsqu'il ne pourra administrer l'organe frais, faire préparer presque extemporanément sous ses yeux, par le pharmacien, le médicament qu'il prescrit et faire renouveler très fréquemment la préparation. Lorsque le principe actif est connu on doit le préférer, tenter de l'extraire du tissu et doser son action.

OPOTHÉRAPIE THYROÏDIENNE

L'action thérapeutique du corps thyroïde est actuellement bien connue. Le nombre de se succès ne se compte plus dans le traitement des affections où il y a suppression de la onction thyroïdienne. On peut dire que le traitement thyroïdien est spécifique contre le m œdème. Le goitre est aussi justiciable de ce traitement. L'obésité est traitée aussi avec

succès par ce médicament. Bourneville, Marck, Telford Smith, Thomson, Byrom Branswell, Hertoge ont montré son action sur la croissance et l'idiotie.

Il convient d'être plus réservé sur l'efficacité de la médication thyroïdienne vis-à-vis de la maladie de Basedow; dans le traitement de la folie tenté par Louis Bruce; dans son action sur les maladies de la peau, étudiée par Branswell. Duncan Munjies a signalé l'amélioration de 4 cas de syphilis par la thyroïde; Bazy a observé un résultat positif obtenu par la médication thyroïdienne dans le traitement de la rétention d'urine d'origine prostato-vésicale. Braun a rapporté quelques faits dans lesquels il a employé la thyroïde pour diminuer artificiellement le poids du fœtus chez une femme présentant le bassin en entonnoir.

La médication thyroïdienne demande à être surveillée avec soin, quelle que soit la préparation dont on fait usage ; on doit surtout surveiller le pouls et la pression sanguine. Cesser le traitement aux premiers symptômes d'intolérance, se rappeler que le principe actif de la glande thyroïde semble s'accumuler dans l'organisme.

Les nombreux travaux ont permis d'isoler des principes définis qui semblent être les principes actifs de la glande. Baumann en a extrait un corps iodé qu'il appelle thyroïdine et qu'il considère comme le seul principe actif de la glande thyroïde. Frankel de son côté avait obtenu une substance spéciale, la thyroantitoxine qu'il croyait cristallisable. Tambach a pu isoler du liquide sirupeux des cristaux d'inosites et prouva que la substance véritablement active ne pouvait pas cristalliser.

Ces travaux nous ont appris que la chaleur et les différents réactifs n'altéraient pas le principe actif de la glande, et que l'extrait aqueux possédait toutes les propriétés de la glande fraîche.

Marie a employé la glande fraîche du mouton à la dose de un lobe par jour au début, puis de un lobe tous les deux jours. La teneur de chaque lobe en principe actif varie suivant chaque espèce animale et pour une même espèce d'un animal à un autre.

La quantité d'iode que contient cet organe varie aussi dans les grandes limites.

On prépare à l'étranger des extraits thyroïdiens qui sont amenés à contenir toujours la même proportion d'iode.

Les glandes thyroïdes séchées et pulvérisées vendues sous le nom de *thyroïdine* dans le commerce ne présentent pas cette garantie.

OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

On eut l'idée de combattre les accidents provoqués par la castration chez la femme par l'injection de substance ovarienne, en se basant sur l'idée purement théorique qui suppose à l'ovaire une sécrétion interne ; ces tentatives ont été très encourageantes ; les observations de Mainger, Mond, Chrobak, Muret, Jaglé sont en faveur de cette médication.

On a aussi expérimenté avec succès l'emploi de cette médication contre les lésions ovariennes qui provoquent des symptômes variés : dysménorrhée, aménorrhée, anémie, chlorose, adipose, névralgie ovarienne. Mond, Spillmann et Etienne, Muret, Jagle ont publié des observations encourageantes.

Muret et Landau ont aussi essayé de combattre les troubles de la ménopause par ce traitement.

On a employé concurremment les injections de suc ovarien en injection sous-cutanée, l'ingestion de glandes fraîches hachées et enrobées dans du pain azyme, l'ingestion de glande séchée à basse température présentées sous la forme de poudre ou pastilles.

Les injections sous-cutanées prescrites par Muret étaient faites à la dose de 1 centimètre cube d'une solution glycérinée, préparée suivant la méthode Brown-Sequard-d'Arsonval et qui contenait 1 gramme de glande ovarienne de jeune vache pour 5 grammes de glycérine. Spillmann et Etienne ont employé les ovaires de brebis.

Nous ferons les mêmes observations générales et les mêmes réserves vis-à-vis des glandes séchées à basse température.

OPOTHÉRAPIE SURRÉNALE

L'étude de l'action antitoxique des capsules surrénales, faite par Brown-Séquard, Abelous et Langlois, a amené à tenter l'action des injections d'extraits surrénaux. Les tentatives cliniques, quoique peu nombreuses et ayant donné peu de résultats positifs, semblent, suivant Langlois, légitimer l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison.

L'auteur préconise l'administration de lavements renfermant la pulpe de capsules surrénales hachées. La dose ne doit pas dépasser 3 grammes par jour.

OPOTHÉRAPIE PANCRÉATIQUE

Les travaux de Mehring et Minkowski qui ont démontré l'action de la sécrétion interne du foie, les expériences de Thiroloix sur les animaux, ont amené les auteurs à essayer l'action de l'administration de pancréas. Mackensie, Halewithe, Knousky, Noville, Linen, Hasenfeld et Ketti ont essayé cette médication.

Hasenfeld et Ketti ont administré à un diabétique 5.000 grammes de pancréas frais haché, réparti en vingt-quatre lavements. Le traitement a été bien toléré ; le malade retenait ses lavements de sept à vingt heures. Le résultat thérapeutique a été peu satisfaisant.

L'opothérapie des autres organes, foie, thymus, pituitaire, rate, prostate, moelle osseuse, est encore à l'étude ; le nombre des travaux et les résultats obtenus sont trop peu nombreux pour qu'on puisse formuler une opinion sur leur efficacité. C'est au lecteur de contribuer au progrès de cette question si intéressante de la thérapeutique en apportant son observation et son expérimentation.

Ce que nous savons, c'est que, en observant les règles générales dans la préparation et l'administration de ces nouveaux agents thérapeutiques on arrive facilement à remplir la première indication à laquelle aucun de nous ne doit faillir : « *primum non nocere* ». Mais nous pouvons aussi souvent être utiles, c'est ce qu'il importe avant tout.

CASTRATION DOUBLE

Chez un prostatique ayant déjà subi des ponctions hypogastriques, la cystotomie sus-pubienne et la résection des canaux déférents

Par E. Chevalier

Chef de clinique à la Clinique des voies urinaires de la Faculté, à l'hôpital Necker (1).

L'observation suivante concerne un homme de cinquante-neuf ans, prostatique, que j'ai opéré dans le service de mon maître, M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker.

Le nommé C..., âgé de cinquante-neuf ans, cordonnier, entre dans notre service, salle Velpeau, n°31, le 12 mars 1896. Voici son histoire :

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels jusqu'à il y a dix ans.

Depuis dix années, phénomènes de prostatisme avec fréquence des mictions nuit et jour.

Il y a trois ans : 1re *crise de rétention d'urine*, guérie par le *cathétérisme* (durée huit heures).

Il y a deux ans : 2e *crise de rétention*, guérie aussi par le *cathétérisme* (durée trois jours).

Dans l'intervalle des crises, le malade urinait, sans cathétérisme; mictions fréquentes, toutes les demi-heures le jour, toutes les heures la nuit : mictions difficiles, longues, en plusieurs fois la nuit, ne survenaient qu'après un peu de promenade, pas douloureuses.

Le 18 octobre 1895, 3e *crise de rétention :* le malade essaie de se sonder, se crée une fausse route, et se voit obligé d'entrer dans un hospice de province, où, devant l'impossibilité de faire un cathétérisme, le médecin fait une *ponction hypogastrique*.

Du 18 au 31 octobre inclus, le malade ne vide sa vessie que par *des ponctions hypogastriques répétées*.

Le 1er novembre 1895, la *cystotomie sus-pubienne* est pratiquée par les médecins de l'hospice : une sonde à demeure est en même temps placée dans l'urètre.

Le 27 novembre, le malade est débarrassé de sa sonde, et n'urine plus alors que par sa plaie hypogastrique.

Le 6 décembre 1895 il subit la *ligature ou résection des canaux déférents* de chaque côté. Mais il n'y trouve aucune amélioration. Il vient alors à Paris.

Il entre, le 12 *mars* 1896, dans le service de M. le professeur Guyon, à Necker.

L'examen du malade, fait par M. Guyon, donne ce qui suit :

Canal libre à la sonde molle, au bénique, et à l'explorateur métallique qui révèle une traversée prostatique longue, avec gros relief de l'urètre surtout du côté gauche.

A l'hypogastre : fistule résultant de la cystotomie.

Toucher rectal : la prostate est énorme; le *lobe droit*, senti sur l'étendue d'une phalange et demie, est mou, épais, on arrive à grand'peine à son extrémité supérieure; le lobe gauche, moins épais, moins large, moins long, complètement souple.

Reins pas sentis.

On installe la sonde à demeure.

Le malade est entré : 1° ou bien pour obtenir un appareil continent pouvant lui éviter les ennuis de l'infirmité (c'est son expression) que lui crée sa fistule hypogastrique dont l'écoulement est incessant ; 2° ou bien pour obtenir chirurgicalement la fermeture de sa fistule. Son premier desideratum n'ayant pu se réaliser à ses souhaits, nous lui faisons comprendre la nécessité, pour rendre

(1) L'observation du malade a été communiquée à l'Association française d'urologie (1re réunion).

le second praticable, de faire précéder ou accompagner la fermeture de la fistule de l'ablation des deux testicules.

Cette perspective lui sourit si peu que, le 11 mars, il quitte l'hôpital.

Le 23 avril, il rentre de nouveau chez nous.

L'état est sensiblement le même ; au double palper hypogastrique et rectal on sent très nettement la prostate, dont les deux lobes sont restés souples.

Bien que l'urine s'écoule en presque totalité par la fistule, quelques gouttes s'engagent dans le canal créant une épreinte toutes les deux heures. Cette fois le malade accepte sans réserve l'opération de la *double castration*, à condition d'obtenir la *fermeture de la fistule*.

Le 29 avril je pratique cette triple intervention que M. le professeur Guyon a bien voulu me confier.

Pour fermer la fistule hypogastrique, j'agrandis un peu la plaie cutanée, je décolle les bords du canal muqueux de la vessie, j'explore la cavité vésicale par la plaie un peu agrandie, et je constate que le lobe moyen de la prostate fait une énorme saillie, comme un gros myome au niveau du trigone. A ce moment je fus bien tenté de faire la prostatectomie partielle et d'enlever ce lobe : je me contentai pourtant de fermer la plaie vésicale, comme pour une suture de vessie après taille hypogastrique, après avoir installé une sonde de Pezzer dans le canal, je fis ensuite *la double castration*, le tout sans incident particulier.

Les suites opératoires furent simples, le 10 mai l'occlusion de la fistule était faite, elle se confirma ultérieurement, et le 3 *juin* le malade, débarrassé de sa sonde depuis quelque temps, quittait l'hôpital, et Paris le surlendemain.

Il urinait à cette époque seul et sans sonde, sans résidu vésical, mais fréquemment, environ toutes les demi-heures.

Sa prostate avait diminué au moins d'un tiers.

Son état s'est progressivement amélioré, et le 3 septembre 1896, spontanément, il me donna de ses nouvelles, m'écrivant de la province, où il était rentré pour reprendre toutes ses occupations, une lettre pleine de sentiments de reconnaissance, mais surtout intéressante par les renseignements qu'elle contenait.

Il a les urines parfaitement limpides, il reste deux heures et demie à trois heures sans uriner, surtout la nuit où il repose bien ; il urine régulièrement d'un jet raide et sans douleur, et pour citer ses propres expressions : « Je gagne ma petite vie, et je suis très heureux après avoir été si longtemps malheureux ; je ne désire que de rester comme je suis. »

J'ajoute que l'examen des testicules et de leur pédicule vasculaire et glandulaire nous a montré que la section des déférents avait donné lieu à un cordon fibreux imperméable sur 1 centimètre et demi environ et que, par conséquent, l'isolement des testicules avait été complet dès la première opération. Le 3 décembre 1897, des nouvelles récentes que j'ai reçues de lui m'ont permis de voir qu'il était toujours en bon état, bien que ses mictions se reproduisent toutes les heures et demie. Il est toujours très satisfait de son état.

Les réflexions que l'on peut faire à propos de l'observation de mon malade me paraissent intéressantes à noter.

Le traitement de l'hypertrophie de la prostate est une question toujours actuelle, et les tendances chirurgicales modernes sont orientées du côté du traitement opératoire ; mais il importe de bien choisir les cas et de bien poser les indications.

Le traitement de choix des phénomènes du prostatisme est celui qu'a si magistralement exposé le professeur Guyon dans ses leçons. Lors des premières périodes, de la première surtout, c'est à l'hygiène, au régime, au traitement général que l'on aura recours ; ce traitement est bien défini maintenant.

Les premières rétentions donnent lieu à des poussées congestives prostatiques dont elles sont à la fois effet et cause, car la petite congestion qui a suffi à compléter l'obstacle est à son tour très notablement augmentée quand cet obstacle s'établit. Ces premières rétentions

sont justiciables du cathétérisme. L'emploi raisonné de la sonde diminue très sensiblement la congestion prostatique ; mais il ne s'agit pas de fixer à un malade un nombre immuable de cathéterismes, et Guyon insiste sur ce point dans ses leçons à la clinique de Necker : si le malade souffre, il faut qu'il se sonde ou qu'il soit sondé.

Plus tard il peut devenir nécessaire de donner au malade le bénéfice de la sonde à demeure. Le professeur Guyon et son élève Michon ont bien montré les avantages précieux de ce traitement, et le rôle éminemment décongestionnant pour la prostate de la sonde à demeure. Ils ont montré combien il importait qu'elle fût bien placée.

Le cathétérisme est quelquefois très difficile chez les prostatiques, la manœuvre du mandrin peut alors être indispensable ; souvent elle évitera l'emploi des moyens d'urgence comme la ponction et la cystotomie. Sans doute il est des cas où celles-ci s'imposent, mais il résulte des discussions de la première réunion de l'Association d'urologie que la pratique du cathétérisme sur mandrin reste le procédé de choix.

La ponction hypogastrique est un bon moyen, temporaire s'entend, contre la rétention aiguë d'urine, et, malgré les articles qui ont été publiés contre elle dans ces derniers temps, je crois qu'on lui doit trop d'avantages pour la négliger. Les accidents qu'on lui a reprochés (blessure du péritoine, infiltration, etc.) sont en somme des raretés et la ponction, faite proprement, permettra souvent de parer aux premiers accidents. Elle laisse aussi la possibilité de laver la vessie par l'appareil Potain, moins bien sans doute qu'avec la cystotomie ; mais il sera toujours temps de recourir à celle-ci si les urines sont très infectées, et l'existence du sujet compromise. Mes confrères de province ont pu pendant quatorze jours faire impunément des ponctions à mon malade.

La cystotomie, que Poncet et Mac Guire ont réglée comme opération systématique de l'hypertrophie de la prostate ; est une opération utile pour quelques cas, mais il ne faut pas se dissimuler que même avec les applications de la cystotomie idéale de Wassilief, ou les modifications pratiques de Jaboulay qui passe à travers le grand droit de l'abdomen, la cystotomie doit être plutôt une opération d'attente qu'une opération définitive. Les appareils contentifs, même avec les perfectionnements de Loumeau, ne paraissent pas encore atteindre la perfection suffisante.

J'en dirai autant du cystodrainage de Méry, renouvelé par Lejars.

Le traitement direct de l'hypertrophie prostatique n'a pas donné de résultats très encourageants ; ni la prostatotomie urétrale de Mercier, ni la prostatotomie périnéale de Harrison. La prostatectomie périnéale, médiane ou latérale (Dittel), ni même la prostatectomie sus-pubienne de Dittel, Mac Gill, Robson, Rümmel, bien que Desnos en ait donné une statistique personnelle favorable, ne fournit pas d'ensemble suffisamment bon pour faire un traitement de choix. La gravité de la prostatectomie n'en fera qu'une méthode d'exception. Cette gravité a été une des causes qui nous a fait préférer chez notre malade une intervention moins grave.

Le traitement électrique (Bottini) de l'hypertrophie prostatique, l'électro-puncture de Casper, l'électrolyse de Newmann n'ont pas rallié l'opinion des chirurgiens.

La castration et la résection des canaux déférents semblent les deux méthodes rivales dans le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique.

La castration exécutée par Ramon (1893) à l'étranger, puis White, tient en réalité à la conception de Lannois (1884) qui s'est fait l'un des ardents promoteurs de cette opération ; le nombre des interventions et des publications sur cette portion est très important, et je renvoie pour plus amples détails à l'excellente thèse de Flœrsheim (juillet 1896). Cette opération (la castration double) se justifie par des considérations embryologiques, anatomiques, physiologiques et tératologiques sur lesquelles nous ne saurions insister ici. Les faits

pathologiques, et les études expérimentales (Lannois, Ramon, Albarran, Guyon, Legueu), les études cliniques de Ramon, White, Lannois et Picquois, Albarran, English, Bruno, sont favorables à l'opération, malgré que Czerny, découragé par trois interventions, condamne sans retour l'opération.

La mortalité y est élevée pourtant, et la castration a provoqué quelques désordres, des troubles mentaux qui ont fait hésiter nombre d'opérateurs. Pour ma part, il ne m'a pas été donné d'observer pareils accidents, et j'ai pu revoir les opérés de Necker, ceux que Tonillon cite dans sa thèse, en particulier, sans qu'ils aient eu d'inconvénient. L'argument principal contre la castration est aussi la répugnance de beaucoup de malades à ce suprême sacrifice des témoignages d'une virilité plus ou moins éteinte. J'ai pu voir un malade à peu près infirme de ces accidents et porteur d'une fistule hypogastrique, faite ailleurs et dont il voulait que je le débarrasse, refuser la castration, malgré son ardent désir d'être débarrassé de sa fistule.

C'est pour éviter l'espèce de déchéance dont les malades se croient atteints que la prothèse testiculaire, qui me paraît indiquée pour les sujets jeunes castrés pour tuberculose ou autre cause, a été proposée chez les prostatiques. Tuffier, Loumeau, Guelliot, Carlier, etc. en ont été satisfaits. Je n'ai pas cru devoir user de ce subterfuge avec mon malade. Il avait sacrifié ses testicules, il savait parfaitement ce qu'il faisait.

Je ne parlerai pas de la ligature de l'artère iliaque proposée aux lieu et place de la castration, ni de la ligature simple des cordons spermatiques qui n'a pas donné grand résultat, et j'arrive à la méthode de résection des canaux déférents.

Celle-ci sera bilatérale bien entendu. Les études d'Harrison, Pavone, White, Guyon et Legueu, Isnardi, English pour le détail desquelles je renvoie à la thèse de Flœrsheim, ont montré les avantages de cette méthode. On a vu la diminution de volume de la prostate, mais surtout la diminution de fréquence des mictions, des douleurs, des efforts, du résidu, de la purulence, et on a vu le cathétérisme plus facile. Ce qui paraît très net, c'est aussi la suppression des orchites à cathétère, comme Guyon l'a montré et comme Loumeau l'a rappelé.

Qu'il s'agisse de castration qui me paraît la ressource la meilleure, mais qui est la ressource suprême, ou de la vasectomie, les indications sont les mêmes.

Il faut opérer sur des sujets dont la prostate est encore souple et où l'élément congestif domine ; donc les prostates dures et scléreuses en seront exceptées. Que si on a pu observer les poussées congestives qui augmentent temporairement le volume de la prostate, pour diminuer sous l'influence de la sonde, mais se reproduisent souvent malgré son emploi, une première indication de l'intervention est posée.

Il faut en outre que la contractilité vésicale, explorée, comme Jenonville l'a montré dans sa thèse, indique une bonne vessie. Il faut conserver la notion si précieuse du prostatisme telle que Guyon l'a montrée, et n'opérer que ceux où l'obstacle dû à la prostate hypertrophiée paraîtra un des éléments prédominants.

Il faut encore que l'état général du sujet ne soit pas frappé de trop de déchéance, pour que la moindre intervention ne soit mortelle. Il sera loisible sans doute de commencer par la vasectomie, opération facile et simple, et acceptée du malade ; on fera la résection entre deux ligatures (résection étendue). Les insuccès de cette méthode conduiront à la castration double, qui présente des résultats plus certains.

Est-ce à dire que tous les cas sont justiciables de l'opération ? Ce que j'ai dit plus haut fera bien comprendre que non, et ce n'est que quand les indications, surtout chez les sujets jeunes, répondront à ce que j'ai dit plus haut que le résultat sera satisfaisant.

E. Chevalier.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 décembre 1896.

M. Jullien, à propos du procès-verbal de la dernière séance, revient sur la question du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de sels solubles et insolubles. M. Gallois s'était montré surpris que, dans le cours d'une récente discussion, la Société de dermatologie s'était abstenue de discuter la valeur des sels solubles dans la méthode hypodermique. M. Jullien fait ressortir que cette valeur n'est en aucune façon contestée : l'orateur lui-même a présenté, en 1892, à la Société de thérapeutique un travail préconisant l'emploi des injections du succinimide mercurique qu'il préfère au benzoate, car il n'est point nécessaire de lui adjoindre de la cocaïne pour obtenir l'analgésie. Il n'y a pas *une* méthode de traitement de la syphilis, on est en présence d'indications auxquelles chacune des méthodes correspond plus spécialement.

1° *Traitement par les ingesta* (pilules, liqueurs, sirops, etc.). Cette méthode n'est pas si bénigne qu'on a voulu le dire, car elle provoque fréquemment des troubles dyspeptiques. Mais son emploi est aisé, on peut le supprimer ou le reprendre à volonté : l'absorption est en revanche lente et irrégulière. L'action thérapeutique est faible, mais indiquée chez les malades ayant à fournir un travail musculaire quotidien considérable (employés, courtiers, clercs, etc.), qui ne pourraient se soumetre à des interventions qui risqueraient de les arrêter dans leur activité. La méthode convient aussi aux négligents, aux apathiques, incapables d'un effort soutenu ou manquant du courage nécessaire pour affronter la piqûre de l'aiguille.

2° Les *frictions :* elles ne valent que par la façon dont elles sont faites; on leur accorde avec peine la demi-heure qu'elles exigent chaque jour. L'onguent est surtout avantageux à l'hôpital, dans les stations thermales ou dans la clientèle riche, quand des infirmiers bien dressés procèdent à son application. Elles sont enfin indiquées dans les cas graves, loin des centres, lorsque l'emploi de la méthode hypodermique n'est pas possible.

3° Les *injections solubles :* il y a vingt ans, c'était la seule méthode utilisée en Italie. Le benzoate surtout est parfaitement toléré : on peut, du reste, avoir à cet égard des préférences personnelles. Cette méthode convient aux dyspeptiques; elle présente une action lentement progressive garantissant l'intégrité des émonctoires, mais insuffisante pour les cas d'extrême urgence. Somme toute, méthode bénigne et efficace, mais applicable aux seuls fortunés, car elle nécessite une intervention quotidienne.

4° *Méthode de Scarenzio :* les injections de calomel constituent le progrès le plus radical que l'on ait eu à enregistrer en syphilo-thérapie dans la seconde moitié de ce siècle; elles seules sont capables de métamorphoser en vingt-quatre heures un malade gravement atteint. A Saint-Lazare, les malades demandent les injections de calomel de préférence aux autres, car leur rapidité d'action n'a pas échappé au milieu spécial de cet hospice-prison. Les lésions les plus tenaces, ayant résisté à tous les traitements, s'éclipsent en quelques jours; en quelques jours également, on peut, avec les injections de calomel, éclairer un diagnostic difficile et se décider pour ou contre une intervention chirurgicale. Même utilité dans les cas de myélites et d'encéphalites douteuses. Dans l'hérédo-syphilis grave, c'est la vraie méthode à recommander. Enfin, dans la syphilis débutante, on arrive même à supprimer toute suite de l'accident primitif.

Comme contre-indication, citons la gingivite, la néphrite, le diabète, l'insuffisance hépatique et les états infectieux pyogéniques.

M. Moutard-Martin reproche à M. Gallois d'avoir employé la méthode des injections de benzoate dans tous les cas, alors que ses indications sont précises : 1° intolérance stomacale; 2° intoxication par voie stomacale; 3° insuffisance de rapidité d'action de la médication par voie stomacale; 4° insuccès de cette dernière médication. Il ne faut donc pas traiter d'*emblée* les malades par les injections; ces cas cités par l'auteur auraient pu, du reste, guérir sans doute tout aussi facilement par la méthode ancienne (ingestion stomacale).

M. Gallois constate que le benzoate n'est pas douloureux, que son emploi n'exige aucun outillage spécial et que les solutions sont stables. Les malades n'ont pas été systématiquement traités par

voie hypodermique ; cette méthode a ses indications surtout dans la clientèle courante où elles paraissent très commodes.

M. Dalché présente ensuite un travail intitulé : *Intoxication par l'antipyrine; un nouveau cas de stomatite ulcéro-membraneuse.* L'auteur avait observé un cas de ce genre en octobre dernier; il vient d'en suivre un second où, à la suite de l'ingestion d'un gramme d'antipyrine, se développa une gingivite hémorragique. Le côté intéressant de cette observation consiste dans le fait que le malade, qui supportait autrefois fort bien l'antipyrine, a présenté ces accidents à la suite d'un état de déchéance organique causé par diverses influences morbides (coliques hépatiques, diabète, chagrins). L'influence nerveuse paraît dans ce cas avoir exercé une action prépondérante.

M. Bardet donne lecture d'un travail intitulé : *Traitement des crises paroxystiques chez les dyspeptiques hyperchlorhydriques ; erreurs de diagnostic, erreurs de thérapeutique.* L'accès hypersthénique s'annonce par du malaise, une faim presque bestiale, avec soulagement produit par la satisfaction de cet appétit durant une ou deux heures. Puis se développent de la flatulence, des migraines, du pyrosis intense. A la suite de ces accidents, l'intestin s'irrite à son tour et on observera de l'entéralgie, une sorte d'intoxication. L'intervention thérapeutique exacerbe plutôt les accidents : tel l'emploi des alcalins à haute dose, excitant la sécrétion d'acide chlorhydrique. Il faut donner un peu de magnésie hydratée, de l'extrait d'opium (2 centig.), de la solanine ou du condurango.

C'est le régime surtout qui agira après la crise comme prophylactique.

L'orateur communique quatre observations, dont trois de médecins, au sujet desquelles des erreurs de thérapeutique et de diagnostic furent commises. Dans un cas, on avait diagnostiqué une appendicite, qui céda au régime institué contre l'hyperchlorhydrie (diminution du travail stomacal par l'usage des petits repas, avec aliments en hachis ou en purée, usage des laxatifs, etc.). Dans un autre cas, le malade croyait à des coliques hépatiques, et le traitement classique n'avait fait qu'augmenter ces accidents. Guérison par la même méthode que ci-dessus.

Il faut surtout se souvenir d'une cause d'erreur provenant du fait qu'après les crises l'examen du suc gastrique peut fort bien déceler une *insuffisance* d'acide chlorhydrique, tandis qu'au moment des crises l'hyperchlorhydrie est manifeste. Un traitement contre l'hypochlorhydrie ne pourra qu'aggraver les accidents paroxystiques. Les deux autres observations sont de même ordre ; des médications intempestives ont produit le plus fâcheux effet, et l'institution du régime destiné à combattre l'hyperchlorhydrie a remis les choses en état.

En résumé, l'hypersthénie gastrique est une lésion fonctionnelle d'une fréquence extrême, ses manifestations multiples et souvent protéiformes peuvent être méconnues et il est bon de penser à cette affection toutes les fois que l'on se trouve en présence de symptômes troublants lorsqu'ils se trouvent liés à des phénomènes gastriques. Le régime est simple à établir dans ces cas, il est dépourvu de danger et il sera toujours temps d'arriver à un changement si d'autres diagnostics sont confirmés : le régime de l'insuffisance gastrique est, au contraire, dangereux pour les hypersthéniques. Les médications trop actives aggraveront l'état gastrique, et leur emploi ne peut être admis que si le diagnostic qui les justifie est réellement établi.

La Société adopte à l'unanimité le règlement nouveau, dont les articles ont été établis conformément aux formules exigées par le conseil d'État pour permettre la reconnaissance d'utilité publique.

Le bureau est ensuite renouvelé ; sont nommés :

Président : M. Josias ;
Vice-président : M. le Dr Pouchet ;
Secrétaire général : M. Bardet ;
Secrétaire général adjoint : M. Blondel ;
Trésorier : M. Dupont ;
Secrétaires des séances : MM. Soupault et Vogt.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Le sérum antidiphtérique (sérum de Roux) ; effets physiologiques et cliniques, par René Petit. (*Thèse de Paris*, nov. 1896.) — L'auteur étudie le mode d'action de l'agent thérapeutique qu'il a employé étant interne au service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants Malades. Sur 182 diphtéries *graves* pures ou associées comprenant les croups opérés et les angines, on a eu 121 guérisons. Cette proportion fait ressortir la puissance curative de la sérothérapie. Ce travail divisé en trois parties traite des effets cliniques et physiologiques du sérum de Roux, de son action dans les complications de la diphtérie, des accidents post-sérothérapiques. D'après ses conclusions, le sérum de Roux provoque quelques modifications physiologiques peu marquées et toujours passagères, telles que l'accélération du pouls, les variations du chimisme urinaire, quelquefois de l'élévation de température.

Il fait rapidement détacher les membranes du larynx et des voies aériennes, diminuant dans le croup les chances d'intervention, dont il améliore manifestement les résultats.

Il rend l'albuminurie moins fréquente et moins prolongée. Injecté de bonne heure, il combat avec avantage les symptômes de l'intoxication, rend la marche de la maladie plus bénigne, abaisse considérablement la mortalité.

La guérison des diphtéries traitées dès les premiers jours est presque certaine, les infections secondaires devenant moins fréquentes. Il semble renforcer la résistance du sujet en cas d'associations morbides ou microbiennes de la diphtérie.

On a décrit des accidents post-sérothérapiques graves ; l'auteur n'en a observé que d'assez benins, témoignant du peu de nocuité du sérum. Ils consistaient en érythèmes polymorphes, rarement accompagnées de poussées articulaires ou rénales et de courte durée. A. Chassevant.

Essai d'étude comparée des sérums, par Delagrange. (*Thèse de Paris*, nov. 1896.) — L'auteur a essayé de mettre en relief les effets communs de cette nouvelle classe d'agents thérapeutiques, en signalant au passage les différences d'action qui en caractérisent les diverses espèces : sérums artificiels, sérum normal, sérum antitoxique.

Les sérums normal, artificiel, antitoxique produisent tous l'hyperazoturie, l'hyperthermie et l'hypoleucocytose, mais à des doses variables et à des degrés divers.

Ces sérums se comportent tous comme des excitants de la nutrition ; cette action est marquée, pour le sérum antitoxique, par son pouvoir thérapeutique spécifique. A. Chassevant.

De l'action de la durée de conservation et de température sur les propriétés curatives du sérum antidiphtérique. (*Médicinskoié Obosrenié*, n° 19, 1896.) — Grammatschekoff, en se basant sur toute une série d'observations très complètes, arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° La chaleur (température supérieure à 30° dans le thermostat) diminue rapidement le pouvoir prophylactique du sérum antidiphtérique. Après trois semaines cette diminution devient très manifeste ;

2° Le froid (température au-dessous de zéro) rend le sérum réchauffé ultérieurement trouble, mais n'exerce aucune action sur ses propriétés curatives ;

3° Lorsque le sérum de Behring a été conservé pendant un laps de temps assez long (dans les expériences de l'auteur cette durée a été d'un an), ses propriétés curatives diminuent considérablement. Ce sérum, même aux doses maxima pour les animaux, n'arrivait pas à les sauver d'une diphtérie inoculée ; il ne faisait que rendre plus lente l'évolution de la maladie.

L'auteur termine en disant qu'étant donnés les résultats qu'il a obtenus dans ses expériences, il ne faut pas faire de trop grande provision de sérum ; d'autre part, il est bon d'acheter du sérum fraîchement préparé, du moins trois à quatre fois par an. Quant au transport du sérum dans des contrées assez éloignées, il doit être fait pendant la saison froide. B. T.

Bases de la sérothérapie de la fièvre récurrente. (*Médicinskoié Obosrenié*, n° 19, 1896.) — La sérothérapie des maladies infectieuses étant à l'ordre du jour, nous croyons utile de signaler

un travail fort intéressant de GABRITSCHEWSKY sur la sérothérapie de la fièvre récurrente.

Disons tout d'abord que ses expériences ont confirmé l'hypothèse émise par le savant allemand Pfeiffer sur l'apparition dans le sang de malade d'une certaine substance microbicide. En effet si l'on ajoute, à du sérum sanguin d'un malade atteint de fièvre récurrente et contenant une grande quantité de spirochaètes, un peu de sérum d'un autre malade qui vient d'avoir un accès de fièvre récurrente, on constate que, déjà après une demi-heure ou une heure à la température de 37° ou après deux à sept heures à la température de chambre, tous les spirochaètes sont immobiles, modifiés, et ne tardent pas à succomber. Dans les expériences de contrôle, c'est-à-dire là où l'on n'ajoute pas de sérum d'un malade apyrétique, ou là où l'on ajoute du sérum d'un homme sain, les spirochaètes continuent à vivre pendant deux à quatre jours.

La durée de survie de ces microorganismes dans le sang du malade, en dehors de l'organisme, est d'autant plus courte que le moment auquel on avait pris du sang est plus près de la fin de l'accès, en d'autres termes les substances bactéricides augmentent progressivement en quantité au fur et à mesure que s'approche la fin de l'accès et atteignent leur maximum au moment de la crise. Ce moment passé, les substances bactéricides disparaissent rapidement du sang des malades, ce qui permet l'éclosion d'un nouvel accès.

En se basant sur ces recherches l'auteur a fait des tentatives de sérothérapie sur des singes. Le 13 avril il injecta à deux singes du sang contenant des spirochaètes. Le 16 on constata la présence de ces microorganismes dans le sang des deux animaux. Le même jour on a injecté à l'un de ces singes 5 centimètres cubes de sang d'un troisième singe, de sang qui jouissait du pouvoir bactéricide par rapport aux spirochaètes. L'injection fut répétée le lendemain, car l'on avait constaté chez l'animal injecté une notable élévation de température.

Deux heures après la deuxième injection, survint la crise; la maladie avait duré en tout deux fois vingt-quatre heures; il n'y eut pas de rechute, et la quantité de spirochaètes constatée dans le sang fut peu considérable.

Chez l'autre singe auquel on n'avait pas fait d'injection l'accès fébrile dura trois jours pleins, le nombre de spirochaètes atteignit un chiffre considérable. Cinq jours après le premier accès, en survint un autre.

De sorte que, chez le singe injecté, il n'y a eu qu'un seul accès et la maladie a été terminée après, tandis que chez le sujet non injecté il s'est produit une rechute.

L'auteur se propose d'appliquer ce traitement à l'homme et voici de quelle manière il compte procéder. Il essaiera d'abord le sérum de chien qui jouit d'immunité naturelle contre la fièvre récurrente, ensuite il aura recours au sérum de chien et de cheval préalablement injectés de sang contenant des spirochaètes, et enfin il injectera le sérum de singe immunisé. B. T.

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr A. CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Sérothérapie du cancer. Contribution à la pathogénie du cancer. Enquête sur trente cas. Antécédents purulents des cancéreux; par le Dr LAMBOTTE. (*Ann. de la Soc. méd.-chirurg. du Brabant*, 2e trim., p. 62.) — L'auteur a cherché à établir une relation entre la présence du cancer et l'absence ou la rareté des accidents purulents dans le passé pathologique des sujets qui en sont atteints. Sur trente sujets examinés par lui et non cancéreux, vingt-quatre ont des antécédents purulents, soit 30 p. 100. Sur un nombre égal de sujets cancéreux, trois ont des antécédents purulents douteux, et vingt-sept en sont exempts, soit 90 p. 100. Le seul cas de purulence certaine est celui d'une femme aujourd'hui atteinte de cancer et qui eut, il y a cinquante ans, un petit panaris ; or, sa tumeur actuelle est d'une bénignité extraordinaire, puisque son évolution se poursuivit lentement depuis sept ans.

L'auteur se demande si la diathèse cancéreuse rend les sujets réfractaires aux agents pyogènes, ou si le fait d'avoir été atteint d'une collection purulente rend inapte à contracter un néoplasme malin. Il repousse la première hypothèse qui supposerait la prédestination cancéreuse du sujet, difficile à admettre, surtout depuis que les statistiques de Snow ont montré définitivement l'influence absolument nulle de l'hérédité. Par contre l'idée que la suppuration rend pour plus tard le sujet réfractaire au développement du néoplasme, se corrobore de tout ce que nous savons aujourd'hui de l'antagonisme bien démontré de l'érysipèle et du cancer, quoique l'érysipèle soit très rare chez les cancéreux, en raison précisément de cet antagonisme. Mais quand l'érysipèle apparaît, la guérison du néoplasme est sa conséquence habituelle. De là à la production de l'érysipèle artificiel curatif, il n'y avait qu'un pas.

L'auteur fait l'historique des tentatives d'inoculation entreprises depuis 1882 par Felheisen, Winslow, Hutchinson, Elliot, Morris, Colley,

avec des résultats presque incertains d'ailleurs. Après l'échec des cultures virulentes, on recourut aux cultures stérilisées. Lassar, qui employait des cultures de streptocoques stérilisées à chaud et filtrées sur porcelaine, puis injectées dans la néoplasie même, n'éprouva que des échecs.

Sprinck évita la filtration qui retient avec les cadavres microbiens une partie des matières antitoxiques qui les accompagnent, et pratiqua l'inoculation à distance dans les tissus sains.

Puis vinrent les recherches de Friedreich, de Jonhson, de Mynter et enfin d'Emmerich et Scholl. La conclusion qui commence à se dégager des résultats contradictoires publiés jusqu'ici, c'est que l'action de ces inoculations sur le sarcome est indiscutable, et qu'elles rendent des services quand les tumeurs sont jugées inopérables ou pour prévenir leur récidive après l'opération; mais qu'elles sont sans effet sur l'épithelioma véritable. L'auteur ajoute que l'analogie entre la nature de la néoplasie et celle de l'abcès est pour lui frappante, l'abcès étant un véritable *endocytome*, que sa substance intercellulaire liquide prédisposé heureusement à l'élimination complète.

R. Blondel.

Recherches sur l'action thérapeutique de l'ovarine en rapport avec une nouvelle théorie de la chlorose, par Fedeli. (*Riforma medica*, nos 244 et 245, 1896.) — Fedeli considère l'ovaire comme ayant une grande influence sur l'hématopoièse, sans doute par le moyen de sa sécrétion interne. La suppression de cette sécrétion déterminerait la chlorose; très souvent les troubles menstruels précédent l'apparition de l'anémie et le retour à la normale des fonctions de l'ovaire est le signal de la guérison.

Fedeli a employé l'ovarine de Merk à l'intérieur, aux doses de 0 gr. 25 jusqu'à 1 gramme *pro die*. Cette dernière dose n'a été atteinte qu'une fois, et même avec une dose de 0 gr. 50 Fedeli a observé des phénomènes d'intoxication : vertiges, bourdonnements d'oreilles, céphalée, nausées.

Dans tous les cas de chlorose les effets ont été très favorables : les règles ont fait leur réapparition au bout de peu de temps; les troubles digestifs et nerveux ont cessé; le teint est devenu meilleur.

G. Lyon.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT
Ancien interne des Hôpitaux.

Traitement médical du cancer de l'estomac; par Alb. Robin. (*Bulletin médical*, 13 décembre 1896.)

M. Alb. Robin déduit de l'état du suc gastrique des cancéreux que les grandes indications du régime des cancéreux sont : de diminuer ou de supprimer les albuminoïdes, d'arrêter les fermentations vicieuses, d'augmenter la ration des féculents.

En même temps le traitement sera établi de manière à obtenir des digéstions artificielles dans l'estomac des malades.

Régime. — Poissons maigres (sole, barbue, turbot, merlan, poisson blanc); volailles tendres en purée; gélatineux; poudres de viande, peptones.

On insistera sur le régime végétal, les féculents azotés (purées de pois, lentilles, haricots, fèves, pâtes alimentaires. Peu de légumes verts. Condiments non seulement permis mais conseillés.

On supprimera les aliments fermentescibles : le pain, le fromage, la charcuterie. Le lait et le képhir sont souvent très mal supportés.

Comme boissons, la bière, les extraits de malt, le champagne étendus d'eaux gazeuses.

Trois repas par jour sont suffisants.

Traitement médical. — Pour réveiller l'appétit on donnera le *condurango* sous forme de vin ou de décoction préparée ainsi ;

Ecorce de condurango blanc. .	15 grammes.
Eau.	250 —

Faire bouillir jusqu'à réduction à 150 grammes. Prendre une cuillerée à soupe un quart d'heure avant le repas.

On donnera aussi les *strychniques*, le vin thériacal (une cuillerée à soupe dix minutes avant le repas) ou encore un des cachets suivants :

Chlorure d'ammonium . . .	0 gr. 15
Bicarbonate de soude. . . .	0 gr. 25
Poudre de Dower	0 gr. 10

Pour favoriser la digestion, donner du milieu à la fin du repas, par petites gorgées, un grand verre de la solution :

Acide chlorhydrique.	1 gr. 50
Eau.	1000 grammes.

et au milieu du repas, un cachet de

Pepsine.	0 gr. 50
Maltine	0 gr. 10
Pancréatine.	0 gr. 10

fait ainsi une véritable digestion artificielle dans l'estomac dont la muqueuse est détruite et atrophiée.

Pour diminuer les fermentations on donnera du soufre, du florure d'ammonium :

Fluorure d'ammonium. . .	1 gramme.
Eau	300 —

Au milieu du repas, une grande cuillerée à soupe.

Médication symptomatique. — Contre les vomissements : cocaïne, eau chloroformée, eau mentholée ou 5 à 8 gouttes de la solution :

Picrotoxine	0 gr. 05
Chlorhydrate de morphine. .	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine. .	0 gr. 01
Eau de laurier-cerise . . .	10 grammes.

Contre les hémorragies : piqûres d'ergotine au creux épigastrique, ou potion d'ergotine à l'intérieur; en cas de petites hémorragies : le tanin (10 centigrammes toutes les 4 heures), le perchlorure de fer.

Contre les douleurs appliquer sur le creux épigastrique l'emplâtre suivante :

Emplâtre de diachylon. . .	àà 5 parties.
— de thériacol . . .	
Extrait de belladone. . . .	àà 1 partie.
— de ciguë	
— de jusquiame. . . .	
Acétate d'ammoniaque. . . .	àà 2 parties.

Prendre à l'intérieur du bromure ou de la morphine. Si les douleurs sont intolérables : piqûres de morphine.

Contre l'état cachectique le meilleur reconstituant réside dans l'administration des glycérophosphates pris par l'estomac, ou en injections sous-cutanées

Glycéro-phosphate de soude .	0 gr. 20
Eau.	1 gramme.

Chaque jour, on injectera 5 ou 6 grammes de cette solution. M. SOUPAULT.

Sur l'évacuation spontanée et artificielle du contenu de l'estomac par le pylore, par J.-Ch. Roux. (*Société de Biologie*, novembre 1896.) — L'auteur pense qu'à l'aide du phonendoscope de Biazzi Bianchi, on peut, chez un sujet placé dans la station verticale exactement, juger du contour de l'estomac, et de la hauteur à laquelle s'élèvent les matières alimentaires qu'il contient.

En suivant cette technique, il a étudié la digestion normale chez l'homme sain et il a trouvé que le niveau des matières reste pendant tout le cours de la digestion, c'est-à-dire pendant trois ou quatre heures, à la même hauteur; qu'après ce temps, les matières s'évacuent brusquement et tout à coup.

Il a trouvé, en outre, que l'on pouvait provoquer cette évacuation à un moment quelconque de la digestion en faisant ingérer au sujet une petite quantité de peptone en solution concentrée. L'auteur pense qu'on peut ainsi régler à volonté la durée de la digestion stomacale.

M. SOUPAULT.

Procédé valvulaire dans la gastrostomie, par M. FONTAN (de Toulon). (Xe *Congrès français de chirurgie.*) — Pour éviter l'épanchement du suc gastrique et les corrosions consécutives, dans la gastrostomie, ce chirurgien a appliqué avec succès le procédé suivant : saisir la paroi de l'estomac avec une pince à dents de souris et l'attirer au dehors par l'incision ordinaire ; on la fixe à la plaie, de manière à laisser hernier quelque peu au dehors ; puis on la refoule en dedans, on en fixe les extrémités par des points séro-séreux, et l'on ponctionne au fond du pli valvulaire ainsi formé. AUG. BENOIST.

Dermatol comme antidiarrhéique. (*Wratsch*, n° 41, 1896.) — KLIMENKO a eu recours au dermatol dans 60 cas qui se décomposent ainsi :

14 *tuberculeux.* — Dose de 25 à 50 centigrammes, 4 à 6 fois par jour; la dose totale allait dans un certain nombre de cas jusqu'à 4 grammes par jour.

6 *typhiques.* — Dose de 50 centigrammes, 6 fois en vingt-quatre heures.

4 *cas de grippe.* — Même dose que dans les deux premières catégories.

4 *néphritiques.* — Même dose.

10 *cas d'entérite aiguë.* — Dose de 50 centigrammes à 1 gramme, 4 à 8 fois en vingt-quatre heures.

17 *cas d'entérite chronique.* — Dose de 25 à 50 centigrammes de 4 à 8 fois par jour.

5 *cas de diarrhée des nourrissons.* — Dose de 3 à 6 centigrammes, 6 fois en vingt-quatre heures.

En ce qui concerne l'action du dermatol, elle a été dans tous les cas des plus favorables; grâce à l'absence de l'odeur et du goût, les malades en prenaient volontiers; un certain nombre d'entre eux affirment avoir ressenti une diminution notable de douleur de ventre. On n'a observé aucun accident.

Ajoutons que lorsqu'il s'agissait de tuberculeux atteints d'une toux très intense on ajoutait au dermatol de la morphine et de la codéine. Dans tous les autres cas le dermatol était administré seul sous forme de poudre. Disons enfin que le régime pendant le traitement a été aussi peu irritant que possible. B. TAFT.

Traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum par la dilatation progressive, par M. Paul RECLUS. (*Gazette hebdomadaire*,

n° 42, 1896). — L'auteur rapporte deux cas de rétrécissement du rectum, d'origine syphilitique, auquel il a appliqué, avec des résultats très satisfaisants, le traitement suivant :

On commence par introduire jusqu'au-dessus du rétrécissement, avec une pince à bouts mousses, de petits tampons d'ouate hydrophile, gros comme un haricot, et munis d'un fil pour les retirer. Ces tampons, au nombre de quatre ou cinq, imbibés d'une solution de cocaïne au centième, sont laissés en place environ cinq minutes, puis retirés.

L'anesthésie ainsi obtenue, on procède à la dilatation du rectum à l'aide de bougies d'Hégar en procédant comme pour la dilatation de l'urètre avec les béniqués, c'est-à-dire en employant des sondes de plus en plus grosses. Les sondes ne sont jamais laissées à demeure.

Après chaque séance, on fait avec un irrigateur ou un bock, auquel est annexée la sonde de Budin, un lavage avec de l'eau goudronnée à la température de 50°.

On procède de même chaque jour, en introduisant, à chaque séance, successivement deux ou trois sondes de calibre plus fort.

L'auteur attribue les succès qu'il a ainsi obtenus à l'emploi de la cocaïne. Ce médicament en produisant une anesthésie locale supprime la douleur et du même coup la contracture du sphincter et les résistances du malade. De plus, cet alcaloïde est aussi un antiphlogistique et un cicatrisant.

L'eau chaude et le goudron agissent aussi sur la rectite qui accompagne la coarctation rectale.

M. Soupault.

Étude sur les calculs salivaires du canal de Wharton, par Graille. (Thèse de doctorat, Paris, juin 1896.) — La lithiase salivaire est une maladie rare, se montrant de préférence chez l'homme à l'âge adulte, et prenant naissance sous l'influence de circonstances diverses : présence de corps étrangers, stagnation de la salive, inflammation du canal de Wharton, tartre dentaire, obstruction du conduit de Wharton.

Les calculs salivaires sont ordinairement uniques, et présentent un volume, un poids, une forme, une couleur, une composition chimique variables.

Leur présence peut être constatée de visu, si le calcul siège à l'entrée du canal; le doigt ou le stylet peuvent le sentir, s'il est situé plus loin; enfin on constate presque toujours une tumeur à la région sous-hyoïdienne.

Les symptômes fonctionnels consistent en gêne de la mastication, de la parole, de la déglutition, avec douleurs lancinantes, appelées coliques salivaires. Comme complications, on observe des abcès, des phlegmons intra et péri-glandulaires.

Le pronostic est bénin.

Au point de vue du *traitement*, on peut distinguer deux cas :

A. — Si le calcul est situé à l'entrée du canal salivaire, on peut, après antisepsie de la cavité buccale, l'extraire avec une pince. Quelquefois, il est nécessaire de débrider légèrement au bistouri l'orifice du canal.

B. — Lorsque le calcul situé profondément n'est pas visible, on introduit dans le canal un stylet qu'on enfonce jusqu'à contact du calcul. On incise le canal salivaire sur le stylet et le calcul sort facilement.

Pour pratiquer cette petite opération, l'anesthésie par la cocaïne est tout indiquée.

Après l'opération, on ordonne de faire pendant environ huit jours des gargarismes antiseptiques, surtout après les repas.

M. Soupault.

Étude sur les calculs de l'amygdale (*Thèse de Paris*, 1896), par A. Costet. — Les calculs de l'amygdale peuvent se rencontrer à tous les âges. Ils sont en général la conséquence de l'amygdalite lacunaire chronique; mais ils peuvent résulter de toutes les affections amygdaliennes entraînant une rétention des sécrétions lacunaire.

L'arthritisme paraît avoir une influence prédisposante sur ces formations.

Le traitement est prophylactique et curatif.

Il faut soigner les amygdalites catarrhales capables d'engendrer les calculs.

Le calcul une fois formé, il faut l'extraire : on doit essayer d'abord de l'enlever avec une pince à griffe ou une pince de Museux. Quand on échoue par ce moyen, il faut auparavant pratiquer des débridements avec le galvanocautère, ou avec le bistouri, ou avec des ciseaux droits et pointus.

Souvent il survient une hémorragie qui peut être abondante; mais on en vient facilement à bout par des liquides antiseptiques froids.

Pour éviter les récidives, il serait bon, peut-être, de pratiquer la discission des amygdales suivant le procédé de Gampert, afin de détruire toutes les cryptes où se forment ces concrétions.

M. Soupault.

Foie et Rein.

Dr M. SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Cholécystectomie partielle. Cholédocotomie, par L. Desguin (d'Anvers). (*La Belgique médicale*,

septembre 1896.) — Observation d'une femme de soixante-deux ans ayant eu, au début de novembre 1895, une colique hépatique accompagnée d'ictère par rétention avec amaigrissement. Le foie était gros et on sentait au-dessous de lui une tumeur de nature difficile à déterminer.

L'intervention ayant été décidée, on pratiqua une incision le long du bord externe du grand droit. Au-dessous du foie, très augmenté de volume, la vésicule apparut mamelonnée, recouverte de fausses membranes la fixant au foie et aux replis péritonéaux voisins, mais rétractée, contenant une quantité très faible d'un liquide gris vert. Le canal cholédoque était également masqué par d'épaisses fausses membranes.

La vésicule ouverte, on essaya en vain de pratiquer le cathétérisme des voies biliaires. La vésicule fut refermée par deux plans de points de suture.

C'est alors qu'en palpant la masse pseudo-membraneuse entourant le canal cholédoque, on réussit à sentir une masse ovoïde. Une incision mesurant environ 1 centimètre et demi fut pratiquée à ce niveau, et permit d'extraire un gros calcul. Le canal cholédoque ainsi rendu perméable fut refermé par un double plan de suture. On referma le ventre *sans poser de drain*.

Suites de l'opération. — Vomissements bilieux abondants jusqu'au quatrième jour. — A partir du cinquième jour, évacuation bilieuse dans les selles qui jusque-là étaient restées décolorées. — Le même jour les urines ne présentent plus la réaction des pigments biliaires. — Mais ce n'est guère qu'un mois après l'opération que les troubles digestifs, l'ictère cutané et le prurit ont disparu, et que la santé est redevenue satisfaisante. A partir de ce moment la malade se porte bien et aujourd'hui la guérison date de huit mois.

M. Soupault.

Péritonite par perforation de la vésicule biliaire dans le cours d'une grossesse. Laparotomie. Guérison, par Siredey. (*Société médicale des hôpitaux*, novembre 1896.) — Une jeune femme de vingt-six ans, enceinte de deux mois et demi, présenta les signes classiques d'une appendicite avec péritonite.

Malgré la grossesse, l'intervention fut décidée, à cause de l'état général grave de la malade. L'ouverture du péritoine donna issue à un liquide puriforme jaunâtre; mais on constata que l'appendice et le cæcum étaient sains. La cause de la péritonite était une perforation de la vésicule biliaire permettant l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale.

Le malade guérit rapidement. La grossesse évolua normalement. M. Soupault.

Traitement de certaines formes d'albuminurie par la ponction rénale, par R. Harrisson. (In *Soc. de médecine de Londres*, 10 octobre 1896.) — 1er *cas*. Intervention par suite d'erreur de diagnostic chez un scarlatineux albuminurique, qui subit la néphrotomie, et vit, au dixième jour, l'albumine disparaître de l'urine.

2e *cas*. Néphrotomie de 2 centimètres et demi sur un homme supposé lithiasique du rein, avec hématurie, albuminurie. Guérison. C'était une néphrite *a frigore*.

3e *cas*. Femme avec néphrite grippale, guérie aussi de son albuminurie par ponction du rein.

L'auteur rapporte encore 2 cas de Newmann, 1 de Höber.

L'opération n'ayant porté que sur un seul rein, l'action curative est due à la diminution de la tension rénale (analogie avec l'iridectomie dans le glaucome, et la ponction de l'albuginée dans l'orchite).

Dans 2 groupes de cas il faut intervenir : 1, ceux accompagnés d'anurie menaçante; 2, ceux où l'albuminurie ne tend pas spontanément à la guérison.

Opérer ainsi : arriver au rein par la voie lombaire, explorer ses faces antérieure et postérieure, ponctions (3 à 4) ou petite incision sur le parenchyme rénal. Drain ou mèche de tarlatane. E. Chevalier.

Apothérapie rénale dans les cas de néphrite, par le Dr Picchini. (*Gaz. delli ospedalle delle clin.*, 1896, no 26.) — L'auteur a expérimenté cette médication dans trois cas de néphrite chronique et dans un cas de néphrite gravidique. Il a employé un extrait glycérique préparé en broyant 200 grammes de substance rénale fraiche avec poids égal de glycérine. Il prescrivait 30 grammes d'extrait par jour; il faisait prendre aux malades, en même temps, 20 à 25 grammes de substance rénale en pilules. Les résultats thérapeutiques ont été nuls. Aucune des manifestations de la néphrite : état général, œdèmes, compositions des urines n'ont été influencées; l'albuminurie a même augmenté dans le cas de néphrite gravidique.

A. Chassevant.

Traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides, par Mlle Myszynska. (*Thèse de Paris*, nov. 1896.) — Sous les auspices du Dr Barth, l'auteur a étudié l'action de la teinture de cantharides dans le traitement des néphrites épithéliales aiguës : un certain nombre d'observations prises avec soin lui ont permis de conclure que la teinture de cantharides est très utile dans le traitement des néphrites épithéliales aiguës avec ou sans anasarque, chez les sujets jeunes, surtout au début de la maladie ; dans

ces conditions la teinture de cantharides est un diurétique remarquable. Son usage abaisse le taux d'albumine même sans appliquer le régime lacté intégral.

Ce médicament relève l'appétit et contribue à améliorer l'état général des malades. C'est un médicament inoffensif lorsqu'on l'administre à propos et avec les précautions voulues à doses thérapeutiques de 9 à 12 gouttes. Son emploi est contre-indiqué dans les néphrites interstitielles des artério-scléreux et des saturnins.

A. CHASSEVANT.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement des cardiopathies par les moyens mécaniques et les pratiques hydro-minérales, par E. BARIÉ. (*Médecine moderne*, n° 93, p. 705, 1896.) — Jusque dans ces dernières années on recommandait aux malades atteints d'affections organiques du cœur de renoncer aux exercices du corps ; l'escrime, la danse, les sauts, la natation, le canotage, le patinage, la course, la gymnastique avec appareils, le cyclisme, étaient particulièrement proscrits. Or, dans ces derniers temps, quelques médecins, surtout en Allemagne et en Autriche, ont rompu avec la tradition en recommandant d'une façon expresse la marche et les exercices physiques, pratiqués dans certaines conditions.

1° Parmi les moyens mécaniques proposés, un des plus fameux est connu sous le nom de traitement ou de méthode d'Œrtel (1885). Celle-ci consiste surtout dans la marche progressive et ascensionnelle sur un terrain de montagne, et se complète par une série de moyens comprenant à la fois un régime alimentaire spécial, des bains de vapeur et d'étuve et du massage.

Le but que se propose l'auteur dans sa cure, dite de « terrain » (*Terrain-Kurorte*) est :

De relever la force contractile du muscle cardiaque et d'en augmenter l'énergie par l'exercice méthodique et la marche ascensionnelle;

De diminuer, par la sudation et la restriction des boissons, la quantité de liquide existant dans l'économie et, par cette déshydratation des tissus, de faire disparaître les stases veineuses, les œdèmes périphériques, de diminuer l'obésité et de diminuer ainsi le travail du cœur.

Pour obtenir le fonctionnement plus actif du cœur, Œrtel recommande la gymnastique, les mouvements, la marche en plein air et surtout les ascensions graduées sur des terrains en pente ; l'ascension de ces terrains de montagne se fait tantôt en une ou deux étapes, tantôt en trois ou quatre, pour arriver au point curatif, qui répond à 3 ou 4,000 pas, deux fois par jour.

Le second but est atteint à la fois par un régime spécial consistant surtout dans la diminution des boissons, et par les principaux moyens propres à provoquer la sudation : bains de vapeur, étuves et massage de la région précordiale.

Les ascensions complètent le traitement diaphorétique au point qu'Œrtel estime qu'une montée de 362 mètres procure une déperdition aqueuse plus considérable que celle des bains d'étuve. Elles concourent au but final qui est le dégraissement général du corps et en particulier du cœur. La fibre musculaire débarrassée, par ce travail de combustion, des masses adipeuses qui l'étouffent, reprend sa vigueur contractile, et l'énergie totale du muscle cardiaque se trouve ainsi ranimée. Les ascensions ont encore pour résultat de relever la pression vasculaire, d'élargir les voies artérielles, par suite, d'augmenter la masse du sang dans les artères et de soulager ainsi le système nerveux distendu.

La méthode d'Œrtel a trouvé des détracteurs. On l'a accusée de favoriser la dilatation des cavités cardiaques et de précipiter l'apparition des accidents d'asystolie, dans certains cas.

En somme, si elle peut être d'une certaine utilité dans certains cas de lésions cardiaques bien compensées, dans les névroses et surtout chez les cardiopathes obèses, elle doit être rejetée dans l'endocardite récente, dans l'angine de poitrine vraie, dans l'artério-sclérose avancée, dans les cardiopathies orificielles et valvulaires en hyposystolie et à plus forte raison à la période asystolique, dans les dégénérescences du myocarde et dans les dilatations anévrismales de l'aorte.

2° La cure d'altitude, à la condition d'être rigoureusement surveillée, pourrait peut-être donner des résultats aussi bons que la cure de terrain.

Ainsi que le dit Lagrange, il n'y a pas de raison pour que les mêmes cardiopathies qui s'amendent sous l'influence de la marche ascensionnelle, ne s'améliorent pas sous celle de l'altitude progressivement graduée.

Pratiquement on ne devra pas laisser les cardiaques s'installer à une altitude dépassant 1,000 mètres environ. A l'apparition des moindres accidents, le malade gardera le repos absolu et, si le repos ne suffit pas à les dissiper, il devra sans plus tarder descendre vers un séjour de moindre altitude.

3° La gymnastique dite suédoise et consistant en mouvements combinés ou alternatifs de résistance ou d'opposition peut, dans certaines circonstances, tonifier le muscle cardiaque.

A l'étranger, les frères A. et Th. Schott ont préconisé un traitement mixte comprenant à la fois une série de mouvements combinés et la balnéation d'eau saline. Heinemann (Société de médecine interne de Berlin, 1896) est également partisan des bains d'eau saline chlorurée chaude.

4° Le sport cyclique doit-il être permis ou défendu aux cardiaques ? L'usage modéré de la bicyclette peut être autorisé chez certains cardiaques ; mais il sera interdit aux malades atteints d'artério-sclérose avancée, à ceux qui sont porteurs d'anévrismes ou suspects de stéatose cardiaque.

5° Le massage, soit général, soit localisé au niveau de la région du cœur, complète la série des moyens mécaniques. On fera surtout de l'effleurage, des frictions douces, puis du pétrissage ; le tout sera pratiqué dans le sens de la circulation veineuse.

Jacob a proposé comme traitement curatif des maladies du cœur les bains d'eau minérale de Cudowa (bicarbonatée sodique) et Schott (1888), puis Benecke ont vanté les eaux thermales chlorurées sodiques de Nauheim (21° à 29° C.). Exchaquet déclaré avoir constaté des effets analogues avec les eaux salines de Bex (Suisse). En France, on a vanté l'influence des eaux de Saint-Nectaire, de La Motte (Isère), les eaux sulfureuses calciques de Bagnols (Lozère), enfin celles de Néris, de Plombières. G. Lyon.

Traitement des endocardites infectieuses, par Huchard. (*Médecine moderne*, n° 38, p. 661, 1896.) — Trois indications thérapeutiques s'imposent :

1° S'adresser directement au microbe qui produit l'infection générale et endocardique, ou encore aux toxines sécrétées par lui. Malheureusement, il s'agit là d'une médication d'avenir dont on peut seulement entrevoir les bienfaits. L'injection du sérum antidiphtérique ne peut rien contre l'endocardite diphtérique, puisque les hémato-nodules qui la constituent ne renferment pas de micro-organismes, et que leur nature est encore contestée ; d'un autre côté, certaines endocardites, dans le cours ou à la fin de la diphtérie, relèvent d'intoxications secondaires. Reste l'injection du sérum antistreptococcique que l'on peut toujours tenter dans les maladies diverses, en se rappelant même que, dans la pneumonie, la manifestation endocardique n'est pas toujours due au pneumocoque, mais quelquefois à une infection secondaire par le streptocoque.

Le problème n'est pas résolu par l'emploi des antiseptiques internes, du sulfate de quinine, de l'acide salicylique, du benzoate de soude, du naphtol et de ses divers composés. Sont inutiles également les inhalations de carbonate de soude, conseillées par Gerhardt ; le chlorhydrate d'ammoniaque, recommandé par les Anglais. Eichthorst aurait guéri une endocardite septique aigue par cette association médicamenteuse :

Chlorhydrate de quinine. . .	5 grammes.
Sublimé.	0 gr. 20.
Poudre d'althea	qs.

Pour 20 pilules (une pilule 3 fois par jour).

On pourrait avoir recours aux préparations mercurielles, au calomel, d'autant plus que ce dernier médicament est doué parfois de propriétés diurétiques, ce qui répond à l'indication d'éliminer les toxines. On répond encore à cette dernière indication en instituant le régime lacté, en administrant des diurétiques divers, théobromine, caféine, etc. Mais il faut se garder de prescrire des médicaments capables de fermer le rein, comme l'antipyrine, ou l'acétanilide qui peut aboutir à des accidents de cyanose.

Il faut enfin combattre la tendance à l'affaiblissement de la contractilité cardiaque au moyen de la digitale, des injections hypodermiques de caféine, d'huile camphrée, de spartéine ou d'éther. G. Lyon.

Traitement de la tachycardie paroxystique essentielle par l'injection intra-veineuse de sérum artificiel, par Chauffard. (*Bulletin médical*, n° 16, 1896.) — Un homme atteint de tachycardie essentielle paroxystique se trouvait en asystolie aiguë, au troisième jour de l'accès, et en état de mort apparente, le cinquième jour. Devant l'insuccès des divers moyens employés pour ralentir les pulsations cardiaques (196 à 220 par minute) et relever la tension artérielle. Chauffard a eu l'idée de faire à son malade une injection intra-veineuse de 1.250 centimètres cubes de sérum artificiel. A ce moment le pouls battait à 100, mais la tension était très basse, de 14 seulement.

Une heure après, le malade n'avait plus d'angoisse et respirait librement, le pouls était encore à 100, mais la tension s'était élevée à 21. Le lendemain, une crise diarrhéique survenait, remplaçant la polyurie qui succède habituellement aux injections de sérum, et qui apparut le troisième jour remplaçant la diarrhée arrêtée.

Dans les formes graves de tachycardie essentielle paroxystique, alors que la syncope devient menaçante, on est autorisé à recourir aux injections intra-veineuses de sérum qui relèvent rapidement la tension artérielle. G. Lyon.

Maladies du système nerveux.

Dr A. SALLARD

Ancien interne des hôpitaux.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale. (*Th. de Paris*, 1896.) — Dans ce consciencieux travail, le Dr CAROLI passe d'abord en revue les différents procédés opératoires opposés à la névralgie faciale, puis étudie plus particulièrement les trois suivants : résection du ganglion de Meckel, ablation du ganglion de Gasser, résection du bord alvéolaire (procédé de Jarre); à chacun d'eux, il consacre un chapitre. Il pose enfin les conclusions que voici :

Le traitement chirurgical s'adresse aux cas où le traitement médical a échoué. L'intervention doit consister dans la névrectomie et la résection ganglionnaire. S'il existe une lésion dentaire, gingivo-périostite, arthrite alvéolo-dentaire, source possible de la névralgie; il faut commencer par pratiquer la résection du rebord alvéolaire. Toute névralgie faciale sus-orbitaire au début est justiciable de la résection du nerf sus-orbitaire et du ganglion de Meckel. La résection du ganglion de Gasser ne sera tentée qu'après que l'on aura épuisé sans résultat toutes les interventions sur les branches extra-craniennes du trijumeau. A. SALLARD.

De la spermatorrhée des neurasthéniques. (*Thèse de Paris*, 1896.) — M. ST-GOLDSPIEGEL consacre ce travail à ce symptôme particulier de la neurasthénie qui intéresse la sphère génitale, petit symptôme en lui-même, mais auquel les malades attribuent une importance capitale et qui tient une grande place dans leurs préoccupations psychiques. La spermatorrhée doit être actuellement attribuée à une irritabilité exagérée, souvent héréditaire, de l'axe cérébro-spinal. Trousseau l'attribuait à un relâchement des canaux éjaculateurs et cherchait à la combattre par le port d'une sorte de pessaire rectal en caoutchouc durci, destiné à exercer une pression continue sur la prostate. Très mal supporté et peu efficace, cet instrument n'a plus maintenant qu'un intérêt historique. L'électrisation est aujourd'hui la méthode de choix. On emploie soit les courants continus faibles, le pôle positif étant placé sur la colonne lombaire, le pôle négatif promené sur les cordons spermatiques, le pénis et le périnée (séances de deux à trois minutes 4 à 6 fois par semaine pendant six à dix semaines); soit l'électricité statique surtout sous forme de friction électrique (le malade placé sur un tabouret isolant et mis en communication avec une forte machine statique, on promène sur son corps une tige métallique communiquant avec le sol). L'hydrothérapie sous ses différentes formes n'est pas à négliger, non plus que le bromure de potassium qui donne souvent d'excellents résultats. A. SALLARD.

Traitement des crises gastriques de tabétiques. (*Médicinskoié Obosrenié*, n° 20, 1896.) — OSTANKOFF combat les crises gastriques des tabétiques en administrant l'oxalate de cérium à la dose de 5 à 15 centigrammes 4 fois par jour. La durée de l'accès devient visiblement plus courte; la fréquence des vomissements est réduite à son minimum (de 200 à 6-8 en vingt-quatre heures); la douleur, la soif et les nausées diminuent, le sommeil revient; le malade peut uriner sans qu'on soit obligé de recourir au cathéter; enfin l'état psychique s'améliore. Ce qui est le plus important, c'est la possibilité d'introduire des aliments dans l'estomac, quoique en fort petite quantité, étant donné que les vomissements ordinairement provoqués par l'ingestion d'aliments deviennent notablement moins intenses chez les malades auxquels on administre le médicament. B. TAFT.

Des psychopathies gastriques, par SOLLIER. (*Congrès de Nancy*, 1896.) — Il existe une variété de psychopathie gastrique qui consiste dans l'appréhension de la digestion, dans une sorte de phobie dans laquelle les malades redoutent les effets morbides de leur digestion, tels que les étouffements, les palpitations cardiaques, les vertiges, la congestion cérébrale. Ces malades en arrivent à croire que sous l'influence de leur mauvaise digestion ils peuvent aller jusqu'à la mort.

Cette phobie débute insidieusement. Sous un prétexte quelconque, ces malades restreignent la quantité d'aliments qu'ils prennent, et perdent vite l'habitude de manger. Ils restreignent non seulement leurs fonctions digestives, mais tout le champ de leur activité physique. Le plus souvent, leur entourage contribue à entretenir cet état mental, cette appréhension.

Le plus ordinairement cette psychopathie gastrique n'a pas un pronostic très grave, en ce sens qu'elle ne menace pas la vie des malades; mais, comme il est facile de le reconnaître, elle apporte un trouble des plus sérieux dans toutes les fonctions de ces sujets. La durée de la maladie est, en général, très longue.

Quant au traitement, voici ce qu'en dit le Dr Sollier : « Le seul traitement consiste à soustraire le sujet à l'influence de son entourage, puis à lui redonner l'habitude de s'alimenter

normalement en le forçant d'emblée à ingérer la quantité nécessaire d'aliments, et en le rassurant sur les suites que doit avoir l'alimentation qu'il est habitué à redouter.

« Une fois ces malades guéris de leur phobie, il faut les suralimenter, et leur donner un régime tonique. » M. SOUPAULT.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Président de la Société française d'ophtalmologie.

Extraction des corps étrangers métalliques du segment postérieur de l'œil par l'électro-aimant. (*Revue médicale de l'Est*, nov. 1896.) — M. ROHMER a consacré toute une leçon de son cours à ce sujet important. Il rappelle l'historique de la question, les travaux et les statistiques déjà publiés, notamment par Coppez, Hirschberg, Hildebrand, etc. Il importe, avant tout, de s'assurer de la présence du corps étranger métallique dans l'œil; car, d'une part, les malades affirment souvent qu'il ne leur est rien resté dans l'œil, alors que cependant il y a eu pénétration; et d'autre part, il est souvent difficile au médecin soit de découvrir la porte d'entrée, soit de déterminer au simple examen si le corps étranger aperçu dans l'œil est métallique ou non et susceptible ou non d'être attiré par l'aimant. Tous les moyens de diagnostic, usités par les divers auteurs et basés presque tous sur les réactions magnétiques, sont passés en revue.

Une fois le diagnostic fait, il faut préciser la localisation du corps étranger. Dans plus du tiers des cas, les corps étrangers se localisent, d'après les statistiques, dans le corps vitré et les parties qui l'environnent (région ciliaire, choroïde, rétine et nerf optique). Les désordres occasionnés seront variables, selon le volume du corps étranger, l'endroit d'entrée, selon son degré de propreté, etc., depuis la perte immédiate et irrévocable de l'œil par suite de l'étendue des lésions, issue du vitré, hémorragie, infection, jusqu'à une lésion insignifiante avec conservation partielle ou même entière de la vision.

Au point de vue de l'intervention, les auteurs sont divisés en deux partis : les uns, avec Hirschberg, emploient de faibles électro-aimants dont on introduit la pointe dans l'intérieur du globe oculaire; les autres, avec Haab, Schmidt, Kempler, etc., usent de forts électro-aimants, dont l'extrémité mousse est mise en contact avec la paroi externe de l'œil, pour éviter les désordres dus à l'introduction d'un instrument à diagnostiquer le siège et le volume du corps étranger, qui est attiré ainsi jusqu'à sa porte d'entrée.

Mais les désordres qui peuvent provenir d'un courant intense sont souvent plus grands que ceux dus à une introduction dans l'œil et le petit électro-aimant est préférable.

La forme de l'aimant la plus favorable a également occupé les auteurs. M. Rohmer donne la préférence à un cône à pointe émoussée.

Plus l'opération sera faite à un moment plus rapproché de celui de l'accident, plus l'extraction sera facile. KOPFF.

De l'électro-aimant en chirurgie oculaire, par VALUDE. (*Médecine moderne*, n° 76, p. 589, 1896.) — Quand une parcelle métallique s'est incrustée à la surface de la cornée, il est en général très facile de l'enlever avec une aiguille, la pointe d'un couteau fin, ou à l'aide d'une gouge spéciale. Toutefois s'il s'est introduit assez profondément pour résister aux manœuvres ordinaires, il deviendra nécessaire d'employer l'électro-aimant; le petit bâton aimanté de Collin sera très suffisant dans les cas de ce genre.

Si le corps étranger siège dans la chambre antérieure et surtout s'il s'est enfoncé dans l'épaisseur de l'iris, l'opération, encore facile, devient pourtant un peu plus compliquée. Il faut, en effet, ouvrir la cornée et, par l'ouverture, introduire la pointe de l'aimant pour attirer au dehors le fragment métallique. Généralement le succès est prompt et rapide, surtout si le corps étranger est mobile dans la chambre antérieure. S'il est enclavé dans l'iris, l'action de l'aimant a pour effet d'attirer au dehors, à la fois, le fragment métallique et le segment d'iris qui le supporte; on pourra alors, selon l'état des parties, enlever le corps étranger et réduire la membrane irienne, ou sectionner le lambeau irien prolabé au dehors.

L'aimant le plus usité est celui de Hirschberg; il se compose d'une barre de fer doux entourée d'un fil qui forme une bobine assez volumineuse, mais suffisamment maniable toutefois. La barre de fer doux se termine par des pointes droites ou courbes, effilées, qui sont destinées à être introduites dans l'œil à explorer. Cet électro-aimant est actionné communément par une pile de Grenet au bichromate de potasse et il convient à des corps étrangers qui ne dépasseraient pas le poids moyen de 200 à 300 milligrammes.

Si le corps étranger siège dans le cristallin, il faut ouvrir la chambre antérieure, et y introduire la pointe de l'aimant jusqu'au contact direct avec la surface du cristallin.

Les corps étrangers des parties profondes de l'œil, ceux qui sont restés dans le corps vitré, ou

sont implantés dans la rétine ou la choroïde, sont d'une recherche bien plus difficile; il est rare, en effet, que la présence du corps étranger ne donne pas lieu à la production d'exsudats qui rendent infructueuse l'exploration.

Le procédé le plus communément employé consiste à approcher brusquement de l'œil un aimant puissant. Le corps étranger, s'il est métallique, tend à se déplacer brusquement dans l'intérieur de l'œil et il en résulte une douleur plus ou moins vivement ressentie par le malade.

Selon Hirschberg, il est trois moyens d'aller à la recherche du corps étranger :

1° En pratiquant dans la sclérotique, au niveau de l'équateur du bulbe, une section méridienne;

2° En pratiquant une ouverture à la limite scléro-cornéenne et en enlevant le cristallin, ou bien, en cas d'absence de celui-ci, en faisant une simple capsulotomie;

3° Si la voie d'introduction du corps étranger est encore ouverte et facilement praticable à l'électro-aimant, on procède, par l'ouverture de la plaie, au sondage du corps vitré.

La pointe de l'aimant étant introduite dans l'intérieur de l'œil, on la laissera en place quelques secondes et on réitérera au besoin l'application en cas d'insuccès. Parfois on n'obtient de résultat qu'après plusieurs tentatives. Après l'opération, suture conjonctivale et pansement compressif. L'antisepsie la plus absolue est de rigueur.

Si l'on ne pratique pas l'extraction par la plaie accidentelle, il est préférable de choisir l'incision scléroticale plutôt que l'incision cornéenne avec ablation du cristallin si celui-ci n'a pas été traversé ou s'il ne s'est pas entièrement opacifié à la suite du passage du corps étranger.

G. Lyon.

Injections iodées dans la thérapeutique des voies lacrymales, par le Dr Mazet. (*Marseille médical*, nov. 1896.) — L'auteur pense avec raison qu'il ne faut pas oublier les anciennes méthodes de traitement, qui donnent encore et souvent d'excellents résultats.

Il a eu l'occasion de soigner un cas de fistule lacrymale datant de deux ans, dans lequel l'intervention chirurgicale avec sutures est restée sans résultat. Etant donnée la perméabilité complète des voies lacrymales, il s'est contenté de pratiquer des lavages boriqués avec la seringue d'Anel, suivis d'une injection, par l'orifice externe de la fistule, de quelques gouttes de la solution suivante :

Teinture d'iode. . . .	10 grammes.
Iodure de potassium . .	50 centigrammes.
Acide tannique	25 —
Eau distillée	30 grammes.

L'amélioration n'a pas tardé; les parois du sac s'affaissent, la sécrétion diminue et l'orifice fistulaire disparait peu à peu, après 10 injections.

La persistance de la fistule, malgré la complète imperméabilité du conduit nasal, mérite d'être signalée; la fistule était entretenue par l'abondance de la sécrétion muco-purulente et par les altérations du sac distendu et ectasié.

Les injections iodées sont pratiquées par l'orifice externe de la fistule, puis par le point lacrymal inférieur, tous les trois ou quatre jours, et précédées d'un lavage antiseptique.

Elles sont peu douloureuses, surtout si l'on a soin d'introduire un peu de vaseline dans les paupières, afin d'empêcher le liquide, refluant par les points lacrymaux, de venir en contact immédiat avec la conjonctive de la cornée.

Kopff.

De l'électrolyse dans les rétrécissements des voies lacrymales, par M. E. Fournier. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Méthode imaginée tout d'abord par Ciniselli, de Bologne, et employée, plus tard en 1863, par Tripier et Desmarres pour le canal nasal. M. Gorecki, en 1889, expose à la Société française d'ophtalmologie son manuel opératoire complet et les résultats obtenus; puis en 1893, MM. Lagrange et Mazet montrent que l'électrolyse ne guérit pas seulement le larmoiement, mais qu'elle a un pouvoir bactéricide qui n'est pas à dédaigner.

L'auteur décrit le manuel opératoire tel qu'il est pratiqué par M. Lagrange, expose les indications et les contre-indications du procédé et rapporte 20 observations probantes.

Il conclut : que l'électrolyse est la méthode de choix dans le traitement des rétrécissements inflammatoires; qu'il les guérit en une, deux ou plusieurs séances, en n'employant qu'un faible courant de 3 à 5 milliampères, pendant trois à cinq minutes; qu'avec une sonde recouverte d'un caoutchouc isolant à sa partie supérieure on n'a rien à craindre, tandis qu'avec une sonde ordinaire on produit souvent un rétrécissement de canalicule, et enfin que, dans les rétrécissements cicatriciels elle n'est qu'un faible palliatif, bien inférieur au cathétérisme et à la stricturotomie.

Kopff.

Maladies de la peau et maladies vénériennes

Dr Morel-Lavallée
Médecin des hôpitaux.

Un nouveau traitement des brûlures. (*Thèse de Paris*, 1896.) — M. Poggi recommande l'application immédiate d'un topique réfrigérant, et

a ainsi utilisé la solution concentrée de nitrate de potasse. Ce sel, en fondant dans l'eau, en abaisse la température à 3°,5. On lave ou on baigne la brûlure avec cette solution, en la renouvelant à plusieurs reprises, à mesure qu'elle s'échauffe. Quelquefois même on préviendrait ainsi la phlycténisation. A. MOREL-LAVALLÉE.

L'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique aiguë. (*Thèse de Paris*, 1896.) — M. PARIZEAU préconise avec M. Delbet l'arthrotomie précoce surtout dans le cas d'arthrite à gros épanchements comme le meilleur moyen d'éviter l'ankylose. Faire le moins possible de lavages antiseptiques, le sublimé, par exemple, diminuant la capacité. A. MOREL-LAVALLÉE.

Sur la valeur du traitement mercuriel précoce dans la syphilis, par COLOMBINI et SIMONELLI. (*Gazzetta medica*, n° 191 et 192, 1896.) — On sait qu'il existe des opinions contradictoires au sujet de l'opportunité du traitement mercuriel précoce de la syphilis. Dans le but d'éclaircir la question, Colombini et Simonelli ont institué ce traitement chez quatre malades, chez qui l'accident initial, le chancre, remontait à quelques jours seulement, et ils se sont livrés à des recherches hématologiques qu'ils ont répétées à intervalles rapprochés (tous les sept jours). Le résultat de leurs recherches est que la quantité des globules rouges diminue et que le taux de l'hémoglobine baisse.

Les résultats de l'examen du sang fait par différents médecins ayant démontré que le sang était normal pendant toute la durée de l'accident primitif, on peut se demander si l'anémie consécutive à la suite du traitement mercuriel n'est pas imputable à ce traitement et si l'on ne doit pas trouver dans ce fait un argument contre l'emploi précoce du mercure. C'est là du moins l'hypothèse que font les auteurs, mais ils se hâtent d'ajouter que le petit nombre de leurs observations ne leur permet pas de conclure de façon définitive. G. LYON.

Pathologie et traitement des bubons vénériens. (*The American J. of Medical Sciences*, nov. 1896.) Le travail très documenté de CLIFFORD PERRY peut se résumer ainsi : 1° les bubons se développent probablement par introduction dans le ganglion de toxines et non de bacilles provenant du chancroïde ; 2° on traitera les bubons non suppurés par des injections intra-parenchymateuses de benzoate de mercure (injection de 20 à 30 gouttes d'une solution aqueuse à 1 p. 100). Deux ou trois injections suffisent : elles donnent lieu à un léger mouvement fébrile durant de deux à six jours, et qu'il faut laisser passer avant d'intervenir à nouveau ; 3° les bubons suppurés seront excisés ou traités par injection d'onguent iodoformé (vaseline liquide avec 10 p. 100 de substance active). E. VOGT.

Chancre syphilitique des paupières, par M. POITOUT. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Le traitement, qui est le point de vue intéressant les lecteurs du journal, réclame surtout une bonne antisepsie locale et rejette toute méthode caustique, qui entraîne souvent des complications cicatricielles du côté des paupières. KOPFF.

Nosophène dans le traitement du chancre mou et de l'herpès génital. (*Wratsch*, n° 45, 1896.) — Un certain nombre d'auteurs ayant préconisé l'emploi du nosophène dans le chancre mou et l'herpès génital, ZAROUBINE eut recours à son tour à cette substance, cherchant à savoir si elle pourrait remplacer l'iodoforme au point de vue thérapeutique, car dans ce cas elle eût été bien préférable à l'iodoforme, puisqu'elle n'a pas l'odeur désagréable et révélatrice de celle-ci.

Il a employé le nosophène dans 10 cas et voici à quelles conclusions il arrive :

1° Le chancre mou pansé au nosophène ne manifeste pas la moindre tendance à la guérison, de sorte qu'on est obligé de l'abandonner et de recourir à une autre substance plus efficace ;

2° Le nosophène ne détermine aucun phénomène d'intoxication ;

3° Il n'exerce aucune action sur les granulations, ne diminue nullement la sécrétion et n'exerce pas non plus d'action hémostatique ;

4° La douleur qu'il détermine est peu considérable ;

5° Seuls de petits chancres avec sécrétion peu abondante et les petites ulcérations de l'herpès génital cicatrisent rapidement ;

6° Le nosophène ne peut donc en aucune façon remplacer l'iodoforme. B. TAFT.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Valeur comparative de la ponction et de l'incision sus-pubienne dans la rétention aiguë d'urine. (*Assoc. franç. d'urologie*, octobre 1896.) — LEGUEU. — La ponction hypogastrique ne constitue qu'une méthode d'attente, permettant d'attendre le retour de la perméabilité urétrale ou la préparation d'une opération plus complexe. Elle peut être utile dans tous les cas et

ces conditions la teinture de cantharides est un diurétique remarquable. Son usage abaisse le taux d'albumine même sans appliquer le régime lacté intégral..

Ce médicament relève l'appétit et contribue à améliorer l'état général des malades. C'est un médicament inoffensif lorsqu'on l'administre à propos et avec les précautions voulues à doses thérapeutiques de 9 à 12 gouttes. Son emploi est contre-indiqué dans les néphrites interstitielles des artério-scléreux et des saturnins.

A. CHASSEVANT.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement des cardiopathies par les moyens mécaniques et les pratiques hydro-minérales, par E. BARIÉ. (*Médecine moderne*, n° 93, p. 705, 1896.) — Jusque dans ces dernières années on recommandait aux malades atteints d'affections organiques du cœur de renoncer aux exercices du corps ; l'escrime, la danse, les sauts, la natation, le canotage, le patinage, la course, la gymnastique avec appareils, le cyclisme, étaient particulièrement proscrits. Or, dans ces derniers temps, quelques médecins, surtout en Allemagne et en Autriche, ont rompu avec la tradition en recommandant d'une façon expresse la marche et les exercices physiques, pratiqués dans certaines conditions.

1° Parmi les moyens mécaniques proposés, un des plus fameux est connu sous le nom de traitement ou de méthode d'Œrtel (1885). Celle-ci consiste surtout dans la marche progressive et ascensionnelle sur un terrain de montagne, et se complète par une série de moyens comprenant à la fois un régime alimentaire spécial, des bains de vapeur et d'étuve et du massage.

Le but que se propose l'auteur dans sa cure, dite de « terrain » (*Terrain-Kurorte*) est :

De relever la force contractile du muscle cardiaque et d'en augmenter l'énergie par l'exercice méthodique et la marche ascensionnelle;

De diminuer, par la sudation et la restriction des boissons, la quantité de liquide existant dans l'économie et, par cette déshydratation des tissus, de faire disparaître les stases veineuses, les œdèmes périphériques, de diminuer l'obésité et de diminuer ainsi le travail du cœur.

Pour obtenir le fonctionnement plus actif du cœur, Œrtel recommande la gymnastique, les mouvements, la marche en plein air et surtout les ascensions graduées sur des terrains en pente ; l'ascension de ces terrains de montagne se fait tantôt en une ou deux étapes, tantôt en trois ou quatre, pour arriver au point curatif qui répond à 3 ou 4,000 pas, deux fois par jour.

Le second but est atteint à la fois par un régime spécial consistant surtout dans la diminution des boissons, et par les principaux moyens propres à provoquer la sudation : bains de vapeur, étuves et massage de la région précordiale.

Les ascensions complètent le traitement diaphorétique au point qu'Œrtel estime qu'une montée de 362 mètres procure une déperdition aqueuse plus considérable que celle des bains d'étuve. Elles concourent au but final qui est le dégraissement général du corps et en particulier du cœur. La fibre musculaire débarrassée, par ce travail de combustion, des masses adipeuses qui l'étouffent, reprend sa vigueur contractile, et l'énergie totale du muscle cardiaque se trouve ainsi ranimée. Les ascensions ont encore pour résultat de relever la pression vasculaire, d'élargir les voies artérielles, par suite, d'augmenter la masse du sang dans les artères et de soulager ainsi le système nerveux distendu.

La méthode d'Œrtel a trouvé des détracteurs. On l'a accusée de favoriser la dilatation des cavités cardiaques et de précipiter l'apparition des accidents d'asystolie, dans certains cas.

En somme, si elle peut être d'une certaine utilité dans certains cas de lésions cardiaques bien compensées, dans les névroses et surtout chez les cardiopathes obèses, elle doit être rejetée dans l'endocardite récente, dans l'angine de poitrine vraie, dans l'artério-sclérose avancée, dans les cardiopathies orificielles et valvulaires en hyposystolie et à plus forte raison à la période asystolique, dans les dégénérescences du myocarde et dans les dilatations anévrismales de l'aorte.

2° La cure d'altitude, à la condition d'être rigoureusement surveillée, pourrait peut-être donner des résultats aussi bons que la cure de terrain.

Ainsi que le dit Lagrange, il n'y a pas de raison pour que les mêmes cardiopathies qui s'amendent sous l'influence de la marche ascensionnelle, ne s'améliorent pas sous celle de l'altitude progressivement graduée.

Pratiquement on ne devra pas laisser les cardiaques s'installer à une altitude dépassant 1,000 mètres environ. A l'apparition des moindres accidents, le malade gardera le repos absolu et, si le repos ne suffit pas à les dissiper, il devra sans plus tarder descendre vers un séjour de moindre altitude.

3° La gymnastique dite suédoise et consistant en mouvements combinés ou alternatifs de résistance ou d'opposition peut, dans certaines circonstances, tonifier le muscle cardiaque.

A l'étranger, les frères A. et Th. Schott ont préconisé un traitement mixte comprenant à la fois une série de mouvements combinés et la balnéation d'eau saline. Heinemann (Société de médecine interne de Berlin, 1896) est également partisan des bains d'eau saline chlorurée chaude.

4° Le sport cyclique doit-il être permis ou défendu aux cardiaques? L'usage modéré de la bicyclette peut être autorisé chez certains cardiaques; mais il sera interdit aux malades atteints d'artério-sclérose avancée, à ceux qui sont porteurs d'anévrismes ou suspects de stéatose cardiaque.

5° Le massage, soit général, soit localisé au niveau de la région du cœur, complète la série des moyens mécaniques. On fera surtout de l'effleurage, des frictions douces, puis du pétrissage; le tout sera pratiqué dans le sens de la circulation veineuse.

Jacob a proposé comme traitement curatif des maladies du cœur les bains d'eau minérale de Cudowa (bicarbonatée sodique) et Schott (1888), puis Benecke ont vanté les eaux thermales chlorurées sodiques de Nauheim (21° à 39° C.). Exchaquet déclaré avoir constaté des effets analogues avec les eaux salines de Bex (Suisse). En France, on a vanté l'influence des eaux de Saint-Nectaire, de La Motte (Isère), les eaux sulfureuses calciques de Bagnols (Lozère), enfin celles de Néris, de Plombières. G. Lyon.

Traitement des endocardites infectieuses, par Huchard. (*Médecine moderne*, n° 38, p. 661, 1896.) — Trois indications thérapeutiques s'imposent :

1° S'adresser directement au microbe qui produit l'infection générale et endocardique, ou encore aux toxines sécrétées par lui. Malheureusement, il s'agit là d'une médication d'avenir dont on peut seulement entrevoir les bienfaits. L'injection du sérum antidiphtérique ne peut rien contre l'endocardite diphtérique, puisque les hémato-nodules qui la constituent ne renferment pas de micro-organismes, et que leur nature est encore contestée; d'un autre côté, certaines endocardites, dans le cours ou à la fin de la diphtérie, relèvent d'intoxications secondaires. Reste l'injection du sérum antistreptococcique que l'on peut toujours tenter dans les maladies diverses, en se rappelant même que, dans la pneumonie, la manifestation endocardique n'est pas toujours due au pneumocoque, mais quelquefois à une infection secondaire par le streptocoque.

Le problème n'est pas résolu par l'emploi des antiseptiques internes, du sulfate de quinine, de l'acide salicylique, du benzoate de soude, du naphtol et de ses divers composés. Sont inutiles également les inhalations de carbonate de soude, conseillées par Gerhardt; le chlorhydrate d'ammoniaque, recommandé par les Anglais. Eichthorst aurait guéri une endocardite septique aigue par cette association médicamenteuse :

Chlorhydrate de quinine. . .	5 grammes.
Sublimé.	0 gr. 20.
Poudre d'althea	qs.

Pour 20 pilules (une pilule 3 fois par jour).

On pourrait avoir recours aux préparations mercurielles, au calomel, d'autant plus que ce dernier médicament est doué parfois de propriétés diurétiques, ce qui répond à l'indication d'éliminer les toxines. On répond encore à cette dernière indication en instituant le régime lacté, en administrant des diurétiques divers, théobromine, caféine, etc. Mais il faut se garder de prescrire des médicaments capables de fermer le rein, comme l'antipyrine, ou l'acétanilide qui peut aboutir à des accidents de cyanose.

Il faut enfin combattre la tendance à l'affaiblissement de la contractilité cardiaque au moyen de la digitale, des injections hypodermiques de caféine, d'huile camphrée, de spartéine ou d'éther. G. Lyon.

Traitement de la tachycardie paroxystique essentielle par l'injection intra-veineuse de sérum artificiel, par Chauffard. (*Bulletin médical*, n° 16, 1896.) — Un homme atteint de tachycardie essentielle paroxystique se trouvait en asystolie aiguë, au troisième jour de l'accès, et en état de mort apparente, le cinquième jour. Devant l'insuccès des divers moyens employés pour ralentir les pulsations cardiaques (196 à 220 par minute) et relever la tension artérielle, Chauffard a eu l'idée de faire à son malade une injection intra-veineuse de 1.250 centimètres cubes de sérum artificiel. A ce moment le pouls battait à 100, mais la tension était très basse, de 14 seulement.

Une heure après, le malade n'avait plus d'angoisse et respirait librement, le pouls était encore à 100, mais la tension s'était élevée à 21. Le lendemain, une crise diarrhéique survenait, remplaçant la polyurie qui succède habituellement aux injections de sérum, et qui apparut le troisième jour remplaçant la diarrhée arrêtée.

Dans les formes graves de tachycardie essentielle paroxystique, alors que la syncope devient menaçante, on est autorisé à recourir aux injections intra-veineuses de sérum qui relèvent rapidement la tension artérielle. G. Lyon.

Maladies du système nerveux.

Dr A. SALLARD

Ancien interne des hôpitaux.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale. (*Th. de Paris*, 1896.) — Dans ce consciencieux travail, le Dr CAROLI passe d'abord en revue les différents procédés opératoires opposés à la névralgie faciale, puis étudie plus particulièrement les trois suivants : résection du ganglion de Meckel, ablation du ganglion de Gasser, résection du bord alvéolaire (procédé de Jarre); à chacun d'eux, il consacre un chapitre. Il pose enfin les conclusions que voici :

Le traitement chirurgical s'adresse aux cas où le traitement médical a échoué. L'intervention doit consister dans la névrectomie et la résection ganglionnaire. S'il existe une lésion dentaire, gingivo-périostite, arthrite alvéolo-dentaire, source possible de la névralgie; il faut commencer par pratiquer la résection du rebord alvéolaire. Toute névralgie faciale sus-orbitaire au début est justiciable de la résection du nerf sus-orbitaire et du ganglion de Meckel. La résection du ganglion de Gasser ne sera tentée qu'après que l'on aura épuisé sans résultat toutes les interventions sur les branches extra-craniennes du trijumeau. A. SALLARD.

De la spermatorrhée des neurasthéniques. (*Thèse de Paris*, 1896.) — M. ST-GOLDSPIEGEL consacre ce travail à ce symptôme particulier de la neurasthénie qui intéresse la sphère génitale, petit symptôme en lui-même, mais auquel les malades attribuent une importance capitale et qui tient une grande place dans leurs préoccupations psychiques. La spermatorrhée doit être actuellement attribuée à une irritabilité exagérée, souvent héréditaire, de l'axe cérébro-spinal. Trousseau l'attribuait à un relâchement des canaux éjaculateurs et cherchait à la combattre par le port d'une sorte de pessaire rectal en caoutchouc durci, destiné à exercer une pression continue sur la prostate. Très mal supporté et peu efficace, cet instrument n'a plus maintenant qu'un intérêt historique. L'électrisation est aujourd'hui la méthode de choix. On emploie soit les courants continus faibles, le pôle positif étant placé sur la colonne lombaire, le pôle négatif promené sur les cordons spermatiques, le pénis et le périnée (séances de deux à trois minutes 4 à 6 fois par semaine pendant six à dix semaines); soit l'électricité statique surtout sous forme de friction électrique (le malade placé sur un tabouret isolant et mis en communication avec une forte machine statique, on promène sur son corps une tige métallique communiquant avec le sol). L'hydrothérapie sous ses différentes formes n'est pas à négliger, non plus que le bromure de potassium qui donne souvent d'excellents résultats. A. SALLARD.

Traitement des crises gastriques de tabétiques. (*Médicinskoié Obosrenié*, n° 20, 1896.) — OSTANKOFF combat les crises gastriques des tabétiques en administrant l'oxalate de cérium à la dose de 5 à 15 centigrammes 4 fois par jour. La durée de l'accès devient visiblement plus courte; la fréquence des vomissements est réduite à son minimum (de 200 à 6-8 en vingt-quatre heures); la douleur, la soif et les nausées diminuent, le sommeil revient; le malade peut uriner sans qu'on soit obligé de recourir au cathéter; enfin l'état psychique s'améliore. Ce qui est le plus important, c'est la possibilité d'introduire des aliments dans l'estomac, quoique en fort petite quantité, étant donné que les vomissements ordinairement provoqués par l'ingestion d'aliments deviennent notablement moins intenses chez les malades auxquels on administre le médicament. B. TAFT.

Des psychopathies gastriques, par SOLLIER. (*Congrès de Nancy*, 1896.) — Il existe une variété de psychopathie gastrique qui consiste dans l'appréhension de la digestion, dans une sorte de phobie dans laquelle les malades redoutent les effets morbides de leur digestion, tels que les étouffements, les palpitations cardiaques, les vertiges, la congestion cérébrale. Ces malades en arrivent à croire que sous l'influence de leur mauvaise digestion ils peuvent aller jusqu'à la mort.

Cette phobie débute insidieusement. Sous un prétexte quelconque, ces malades restreignent la quantité d'aliments qu'ils prennent, et perdent vite l'habitude de manger. Ils restreignent non seulement leurs fonctions digestives, mais tout le champ de leur activité physique. Le plus souvent, leur entourage contribue à entretenir cet état mental, cette appréhension.

Le plus ordinairement cette psychopathie gastrique n'a pas un pronostic très grave, en ce sens qu'elle ne menace pas la vie des malades; mais, comme il est facile de le reconnaître, elle apporte un trouble des plus sérieux dans toutes les fonctions de ces sujets. La durée de la maladie est, en général, très longue.

Quant au traitement, voici ce qu'en dit le Dr Sollier : « Le seul traitement consiste à soustraire le sujet à l'influence de son entourage, puis à lui redonner l'habitude de s'alimenter

normalement en le forçant d'emblée à ingérer la quantité nécessaire d'aliments, et en le rassurant sur les suites que doit avoir l'alimentation qu'il est habitué à redouter.

« Une fois ces malades guéris de leur phobie, il faut les suralimenter, et leur donner un régime tonique. »

M. SOUPAULT.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Président de la Société française d'ophtalmologie.

Extraction des corps étrangers métalliques du segment postérieur de l'œil par l'électro-aimant. (*Revue médicale de l'Est*, nov. 1896.) — M. ROHMER a consacré toute une leçon de son cours à ce sujet important. Il rappelle l'historique de la question, les travaux et les statistiques déjà publiés, notamment par Coppez, Hirschberg, Hildebrand, etc. Il importe, avant tout, de s'assurer de la présence du corps étranger métallique dans l'œil; car, d'une part, les malades affirment souvent qu'il ne leur est rien resté dans l'œil, alors que cependant il y a eu pénétration ; et d'autre part, il est souvent difficile au médecin soit de découvrir la porte d'entrée, soit de déterminer au simple examen si le corps étranger aperçu dans l'œil est métallique ou non et susceptible ou non d'être attiré par l'aimant. Tous les moyens de diagnostic, usités par les divers auteurs et basés presque tous sur les réactions magnétiques, sont passés en revue.

Une fois le diagnostic fait, il faut préciser la localisation du corps étranger. Dans plus du tiers des cas, les corps étrangers se localisent, d'après les statistiques, dans le corps vitré et les parties qui l'environnent (région ciliaire, choroïde, rétine et nerf optique). Les désordres occasionnés seront variables, selon le volume du corps étranger, l'endroit d'entrée, selon son degré de propreté, etc., depuis la perte immédiate et irrévocable de l'œil par suite de l'étendue des lésions, issue du vitré, hémorragie, infection, jusqu'à une lésion insignifiante avec conservation partielle ou même entière de la vision.

Au point de vue de l'intervention, les auteurs sont divisés en deux partis : les uns, avec Hirschberg, emploient de faibles électro-aimants dont on introduit la pointe dans l'intérieur du globe oculaire; les autres, avec Haab, Schmidt, Rimpler, etc., usent de forts électro-aimants, dont l'extrémité mousse est mise en contact avec la paroi externe de l'œil, pour éviter les désordres dus à l'introduction d'un instrument et diagnostiquer le siège et le volume du corps étranger, qui est attiré ainsi jusqu'à sa porte d'entrée.

Mais les désordres qui peuvent provenir d'un courant intense sont souvent plus grands que ceux dus à une introduction dans l'œil et le petit électro-aimant est préférable.

La forme de l'aimant la plus favorable a également occupé les auteurs. M. Rohmer donne la préférence à un cône à pointe émoussée.

Plus l'opération sera faite à un moment plus rapproché de celui de l'accident, plus l'extraction sera facile.

KOPFF.

De l'électro-aimant en chirurgie oculaire, par VALUDE. (*Médecine moderne*, n° 76, p. 589, 1896.) — Quand une parcelle métallique s'est incrustée à la surface de la cornée, il est en général très facile de l'enlever avec une aiguille, la pointe d'un couteau fin, ou à l'aide d'une gouge spéciale. Toutefois s'il s'est introduit assez profondément pour résister aux manœuvres ordinaires, il deviendra nécessaire d'employer l'électro-aimant; le petit bâton aimanté de Collin sera très suffisant dans les cas de ce genre.

Si le corps étranger siège dans la chambre antérieure et surtout s'il s'est enfoncé dans l'épaisseur de l'iris, l'opération, encore facile, devient pourtant un peu plus compliquée. Il faut, en effet, ouvrir la cornée et, par l'ouverture, introduire la pointe de l'aimant pour attirer au dehors le fragment métallique. Généralement le succès est prompt et rapide, surtout si le corps étranger est mobile dans la chambre antérieure. S'il est enclavé dans l'iris, l'action de l'aimant a pour effet d'attirer au-dehors, à la fois, le fragment métallique et le segment d'iris qui le supporte; on pourra alors, selon l'état des parties, enlever le corps étranger et réduire la membrane irienne, ou sectionner le lambeau irien prolabé au dehors.

L'aimant le plus usité est celui de Hirschberg; il se compose d'une barre de fer doux entourée d'un fil qui forme une bobine assez volumineuse, mais suffisamment maniable toutefois. La barre de fer doux se termine par des pointes droites ou courbes, effilées, qui sont destinées à être introduites dans l'œil à explorer. Cet électro-aimant est actionné communément par une pile de Grenet au bichromate de potasse et il convient à des corps étrangers qui ne dépasseraient pas le poids moyen de 200 à 300 milligrammes.

Si le corps étranger siège dans le cristallin, il faut ouvrir la chambre antérieure, et y introduire la pointe de l'aimant jusqu'au contact direct avec la surface du cristallin.

Les corps étrangers des parties profondes de l'œil, ceux qui sont restés dans le corps vitré, ou

sont implantés dans la rétine ou la choroïde, sont d'une recherche bien plus difficile; il est rare, en effet, que la présence du corps étranger ne donne pas lieu à la production d'exsudats qui rendent infructueuse l'exploration.

Le procédé le plus communément employé consiste à approcher brusquement de l'œil un aimant puissant. Le corps étranger, s'il est métallique, tend à se déplacer brusquement dans l'intérieur de l'œil et il en résulte une douleur plus ou moins vivement ressentie par le malade.

Selon Hirschberg, il est trois moyens d'aller à la recherche du corps étranger :

1° En pratiquant dans la sclérotique, au niveau de l'équateur du bulbe, une section méridienne;

2° En pratiquant une ouverture à la limite scléro-cornéenne et en enlevant le cristallin, ou bien, en cas d'absence de celui-ci, en faisant une simple capsulotomie;

3° Si la voie d'introduction du corps étranger est encore ouverte et facilement praticable à l'électro-aimant, on procède, par l'ouverture de la plaie, au sondage du corps vitré.

La pointe de l'aimant étant introduite dans l'intérieur de l'œil, on la laissera en place quelques secondes et on réitérera au besoin l'application en cas d'insuccès. Parfois on n'obtient de résultat qu'après plusieurs tentatives. Après l'opération, suture conjonctivale et pansement compressif. L'antisepsie la plus absolue est de rigueur.

Si l'on ne pratique pas l'extraction par la plaie accidentelle, il est préférable de choisir l'incision scléroticale plutôt que l'incision cornéenne avec ablation du cristallin si celui-ci n'a pas été traversé ou s'il ne s'est pas entièrement opacifié à la suite du passage du corps étranger.

G. Lyon.

Injections iodées dans la thérapeutique des voies lacrymales, par le Dr Mazet. (*Marseille médical*, nov. 1896.) — L'auteur pense avec raison qu'il ne faut pas oublier les anciennes méthodes de traitement, qui donnent encore et souvent d'excellents résultats.

Il a eu l'occasion de soigner un cas de fistule lacrymale datant de deux ans, dans lequel l'intervention chirurgicale avec sutures est restée sans résultat. Etant donnée la perméabilité complète des voies lacrymales, il s'est contenté de pratiquer des lavages boriqués avec la seringue d'Anel, suivis d'une injection, par l'orifice externe de la fistule, de quelques gouttes de la solution suivante :

Teinture d'iode. . . .	10 grammes.
Iodure de potassium . .	50 centigrammes.
Acide tannique	25 —
Eau distillée	30 grammes.

L'amélioration n'a pas tardé; les parois du sac s'affaissent, la sécrétion diminue et l'orifice fistulaire disparait peu à peu, après 10 injections.

La persistance de la fistule, malgré la complète imperméabilité du conduit nasal, mérite d'être signalée; la fistule était entretenue par l'abondance de la sécrétion muco-purulente et par les altérations du sac distendu et ectasié.

Les injections iodées sont pratiquées par l'orifice externe de la fistule, puis par le point lacrymal inférieur, tous les trois ou quatre jours, et précédées d'un lavage antiseptique.

Elles sont peu douloureuses, surtout si l'on a soin d'introduire un peu de vaseline dans les paupières, afin d'empêcher le liquide, refluant par les points lacrymaux, de venir en contact immédiat avec la conjonctive de la cornée.

Kopff.

De l'électrolyse dans les rétrécissements des voies lacrymales, par M. E. Fournier. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Méthode imaginée tout d'abord par Ciniselli, de Bologne, et employée, plus tard en 1863, par Tripier et Desmarres pour le canal nasal. M. Gorecki, en 1889, expose à la Société française d'ophtalmologie son manuel opératoire complet et les résultats obtenus; puis en 1893, MM. Lagrange et Mazet montrent que l'électrolyse ne guérit pas seulement le larmoiement, mais qu'elle a un pouvoir bactéricide qui n'est pas à dédaigner.

L'auteur décrit le manuel opératoire tel qu'il est pratiqué par M. Lagrange, expose les indications et les contre-indications du procédé et rapporte 20 observations probantes.

Il conclut : que l'électrolyse est la méthode de choix dans le traitement des rétrécissements inflammatoires; qu'il les guérit en une, deux ou plusieurs séances, en n'employant qu'un faible courant de 3 à 5 milliampères, pendant trois à cinq minutes; qu'avec une sonde recouverte d'un caoutchouc isolant à sa partie supérieure on n'a rien à craindre, tandis qu'avec une sonde ordinaire on produit souvent un rétrécissement du canalicule, et enfin que, dans les rétrécissements cicatriciels elle n'est qu'un faible palliatif, bien inférieur au cathétérisme et à la stricturotomie.

Kopff.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Un nouveau traitement des brûlures. (*Thèse de Paris*, 1896.) — M. Poggi recommande l'application immédiate d'un topique réfrigérant, et il

a ainsi utilisé la solution concentrée de nitrate de potasse. Ce sel, en fondant dans l'eau, en abaisse la température à 3°,5. On lave ou on baigne la brûlure avec cette solution, en la renouvelant à plusieurs reprises, à mesure qu'elle s'échauffe. Quelquefois même on préviendrait ainsi la phlycténisation. A. MOREL-LAVALLÉE.

L'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique aiguë. (*Thèse de Paris*, 1896.) — M. PARIZEAU préconise avec M. Delbet l'arthrotomie précoce surtout dans le cas d'arthrite à gros épanchements comme le meilleur moyen d'éviter l'ankylose. Faire le moins possible de lavages antiseptiques, le sublimé, par exemple, diminuant la capacité. A. MOREL-LAVALLÉE.

Sur la valeur du traitement mercuriel précoce dans la syphilis, par COLOMBINI et SIMONELLI. (*Riforma medica*, n° 191 et 192, 1896.) — On sait qu'il existe des opinions contradictoires au sujet de l'opportunité du traitement mercuriel précoce de la syphilis. Dans le but d'éclaircir la question, Colombini et Simonelli ont institué ce traitement chez quatre malades, chez qui l'accident initial, le chancre, remontait à quelques jours seulement, et ils se sont livrés à des recherches hématologiques qu'ils ont répétées à intervalles rapprochés (tous les sept jours). Le résultat de ces recherches est que la quantité des globules rouges diminue et que le taux de l'hémoglobine s'abaisse.

Les résultats de l'examen du sang fait par différents médecins ayant démontré que le sang reste normal pendant toute la durée de l'accident primitif, on peut se demander si l'anémie constatée à la suite du traitement mercuriel n'est pas imputable à ce traitement et si l'on ne doit pas trouver dans ce fait un argument contre l'emploi précoce du mercure. C'est là du moins l'hypothèse que font les auteurs, mais ils se hâtent d'ajouter que le petit nombre de leurs observations ne leur permet pas de conclure d'une façon définitive. G. LYON.

Étiologie et traitement des bubons vénériens. (*The American J. of Medical Sciences*, nov. 1896.) Le travail très documenté de CLIFFORD PERRY peut se résumer ainsi : 1° les bubons se développent probablement par introduction dans le ganglion de toxines et non de bacilles provenant du chancroïde ; 2° on traitera les bubons non suppurés par des injections intra-parenchymateuses de benzoate de mercure (injection de 20 à 30 gouttes d'une solution aqueuse à 1 p. 100). Deux à trois injections suffisent : elles donnent lieu à un léger mouvement fébrile durant de deux à six jours, et qu'il faut laisser passer avant d'intervenir à nouveau ; 3° les bubons suppurés seront excisés ou traités par injection d'onguent iodoformé (vaseline liquide avec 10 p. 100 de substance active). E. VOGT.

Chancre syphilitique des paupières, par M. POITOUT. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Le traitement, qui est le point de vue intéressant les lecteurs du journal, réclame surtout une bonne antisepsie locale et rejette toute méthode caustique, qui entraîne souvent des complications cicatricielles du côté des paupières. KOPFF.

Nosophène dans le traitement du chancre mou et de l'herpès génital. (*Wratsch*, n° 45, 1896.) — Un certain nombre d'auteurs ayant préconisé l'emploi du nosophène dans le chancre mou et l'herpès génital, ZAROUBINE eut recours à son tour à cette substance, cherchant à savoir si elle pourrait remplacer l'iodoforme au point de vue thérapeutique, car dans ce cas elle eût été bien préférable à l'iodoforme, puisqu'elle n'a pas l'odeur désagréable et révélatrice de celle-ci.

Il a employé le nosophène dans 10 cas et voici à quelles conclusions il arrive :

1° Le chancre mou pansé au nosophène ne manifeste pas la moindre tendance à la guérison, de sorte qu'on est obligé de l'abandonner et de recourir à une autre substance plus efficace ;

2° Le nosophène ne détermine aucun phénomène d'intoxication ;

3° Il n'exerce aucune action sur les granulations, ne diminue nullement la sécrétion et n'exerce pas non plus d'action hémostatique ;

4° La douleur qu'il détermine est peu considérable ;

5° Seuls de petits chancres avec sécrétion peu abondante et les petites ulcérations de l'herpès génital cicatrisent rapidement ;

6° Le nosophène ne peut donc en aucune façon remplacer l'iodoforme. B. TAFT.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Valeur comparative de la ponction et de l'incision sus-pubienne dans la rétention aiguë d'urine. (*Assoc. franç. d'urologie*, octobre 1896.) — LEGUEU. — La ponction hypogastrique ne constitue qu'une méthode d'attente, permettant d'attendre le retour de la perméabilité urétrale ou la préparation d'une opération plus complexe. Elle peut être utile dans tous les cas et

n'est contre-indiquée que chez les prostatiques infectés et atteints de fausse route ; chez eux la cystotomie est préférable.

La cystotomie s'impose dans les rétentions aiguës des prostatiques infectés, dans celles où l'urètre postérieur est lésé, ou quand l'état général est très grave. Elle est un expédient utile, quand on ne peut trouver le bout postérieur dans l'urétrotomie externe.

Vigneron recommande de faire promener les prostatiques chez lesquels on ne peut passer après un séjour au lit. Il est quelquefois possible alors de les sonder.

Il a eu l'occasion d'employer la ponction sus-pubienne et s'en est bien trouvé.

Guiard approuve aussi la ponction dans les cas aseptiques, mais recommande surtout l'usage du mandrin coudé ou courbe de Guyon.

Albarran est d'avis d'user d'abord de la ponction avant de faire la cystotomie.

Assaky préfère la cystotomie quand il y a infection.

Tédenat rappelle les avantages qu'on peut rencontrer à faire le cathétérisme en faisceau chez les rétrécis et à se servir de la sonde de Gély chez les prostatiques. La ponction est bonne quand elle est aseptique.

Jeannel cite un cas où la ponction a provoqué un hématome de la cavité de Retzius.

Pothuerat adopte les conclusions de Legueu.

Loumeau. L'obstacle urétral peut être insurmontable, c'est alors la cystotomie qu'il faut faire.

Duret conseille l'incision sus-pubienne pour faire le cathétérisme rétrograde, dans les fractures du bassin avec rupture de l'urètre.

Carlier, dans un cas de phlegmon gangréneux de la verge, dut faire la cystotomie.

Il est très partisan de la ponction hypogastrique qui dans les cas d'infection permet de faire des lavages par la canule.

Pousson distingue les rétentions d'ordre dynamique justiciables de la ponction et les rétentions d'ordre mécanique justiciables de l'incision sus-pubienne. E. Chevalier.

Désinsertion des muscles droits dans la taille hypogastrique, par Desnos. (In *Assoc. franç. d'urologie*, octobre 1896.) — L'auteur fait l'incision médiane antérieure classique qu'il prolonge en bas jusqu'à 1 centimètre de la racine de la verge ; il sectionne les parties molles jusqu'à la symphyse, y compris l'entre-croisement des fibres tendineuses du pyramidal, passe son doigt pour reconnaître le bord de la symphyse et la face postéro-inférieure de la paroi, incise les fibres tendineuses et le périoste sur le bord supérieur du pubis sur une longueur de 1 centimètre et demi à droite et à gauche, décolle à la rugine droite ou coudée sur le plat le périoste et les insertions tendineuses; on arrive ainsi à avoir un champ vésical très étendu.

On rapproche ensuite les masses fibro-périostiques à la soie ou au catgut.

Le reste est comme dans la taille hypogastrique. E. Chevalier.

Traitement de la blennorrhagie d'après le procédé Janet. (*Thérapeutique moderne*, n° 11, 1896.) — Gorbgunoff a eu recours au procédé de Janet dans 26 cas d'urétrite blennorrhagique, et les résultats qu'il a obtenus parlent, somme toute, en faveur de ce procédé, soit dans les formes aiguës, soit dans les formes chroniques.

Sur 10 cas aigus on a obtenu les résultats que voici : 6 cas de guérison, 3 cas de diminution de la sécrétion, 1 cas d'insuccès (il s'agissait ici d'épididymite). Sur 16 cas chroniques on a noté : 10 cas de guérison, 4 cas d'amélioration, 1 cas d'insuccès, et enfin 1 cas où la maladie avait empiré.

On n'a pas observé d'accidents chez les malades atteints de blennorrhagie aiguë ; chez les malades chroniques on a noté : 1 cas d'épididymite et 2 cas d'urines troubles. B. Taft.

Végétations polypoïdes de l'urètre et de la vessie chez la femme. Ablation par l'urétrotomie externe et la taille hypogastrique. Méat hypogastrique temporaire. Guérison, par Reboul. (In *Assoc. franç. d'urol.*, octobre 1896.) — Les conclusions sont les suivantes : les végétations polypoïdes de l'urètre constituent une affection bénigne qui cède au traitement approprié. Elles récidivent parfois, et, dans le cas de l'auteur, l'évolution a été celle d'une tumeur maligne.

Le méat hypogastrique temporaire, établi lors de la deuxième intervention, a permis de dériver le cours des urines et d'amener la régression des végétations polypoïdes de l'urètre sans traitement direct. E. Chevalier.

Deux cas d'anurie, traités par la néphrotomie, par E. Chevalier. (In *Assoc. franç. d'urol.*, octobre 1896.) — L'auteur communique deux cas d'anurie, l'une tuberculeuse, l'autre calculeuse, opérée au quatorzième jour et guérie ; il conclut qu'il faut ouvrir le rein et savoir limiter son intervention dans les cas graves comme quand on fait un anus contre nature.

Duret, Legueu et Pousson confirment ces conclusions. E. Chevalier.

Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère, par Legueu. (In *Cong. Chir.*, 1896, octobre.) — D'une observation relatée au Congrès, Legueu tire les conclusions suivantes : il faut une inter-

vention hâtive dans les reins mobiles qui sont le siège d'accidents de rétention, car ils peuvent conduire à l'hydronéphrose et à la destruction totale du tissu rénal. E. CHEVALIER.

Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose. (*Assoc. franç. d'urologie*, octobre 1896.) — LECEU. — Après avoir exposé diverses considérations pathogéniques, l'auteur conclut quant au traitement. Celui-ci doit s'adresser à la cause et la néphrorrhaphie précoce est le meilleur traitement. Celle-ci s'adresse encore à l'hydronéphrose constituée, sauf quand le rein est totalement détruit, où l'auteur préfère la néphrectomie, abdominale si l'hydronéphrose est très volumineuse, lombaire dans les autres cas.

ALBARRAN après avoir dit que l'hydronéphrose calculeuse est moins rare qu'on ne le croit, pense que l'on doit préférer la néphrotomie à la néphrectomie dans un bon nombre de cas.

Pour lui la congestion est un élément très important, dans les hydronéphroses intermittentes, pour expliquer l'augmentation de volume du rein et la polyurie.

MONTPROFIT croit que dans les hydronéphroses volumineuses il vaut mieux faire la néphrectomie. E. CHEVALIER.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Traitement des prolapsus génitaux. (*Xe Congrès de chirurgie*, 1896.) — M. RICHELOT rattache le prolapsus dans beaucoup de cas à l'arthritisme, qui amène la laxité des tissus fibreux, et dont l'action se révèle souvent d'autre part chez la même malade par l'existence de ptoses viscérales diverses. Le vagin se déroule le premier : l'utérus le suit parce qu'il est mollement suspendu. Rejetant le cloisonnement de Le Fort qui ne donne aucun résultat durable, les fixations utérines ou vaginales et même l'hystérectomie qui n'empêche pas la colpocèle ultérieure, il préconise la colporrhaphie, qui en rétrécissant le canal vaginal rend plus difficile le glissement de ses parois. L'amputation du col est un bon complément préalable de cette opération, car l'hypertrophie du segment inférieur est une des causes qui contribuent à entretenir la ptose de l'organe. L'hystérectomie ne trouve son indication que dans les cas d'énorme hypertrophie utérine avec relâchement excessif des tissus, et — ceci va sans dire, — lorsqu'il existe de la fibromatose, du cancer ou de la suppuration bilatérale des annexes.

R. BLONDEL.

Traitement des rétro-déviations de l'utérus par HOWARD KELLEY. (*American Journal of medical sciences*, décembre 1896 p. 629.) — L'auteur passe en revue les divers procédés préconisés jusqu'ici :

1° Pas de traitement ;
2° Emploi d'un pessaire ;
3° Réduction manuelle et massage ;
4° Réfection de l'orifice vaginal ;
5° Opérations sur l'utérus par la voie vaginale.
6° Raccourcissement des ligaments ronds ;
7° Opérations fixant l'utérus à l'abdomen (ventrofixation) ;
8° Combinaison de la ventrofixation et des opérations sur l'orifice vaginal.

Cette revue, qui a été faite ici même (août 1896) est assez incomplète, en ce sens que l'auteur n'y fait guère mention que des travaux américains. Il constate que les opérations de vaginofixation sont abandonnées de plus en plus, se basant sur ce que Grœfe a dit à Leipzig en 1895 qu'en présence des difficultés rencontrées par lui il ne pratiquera plus ces opérations que chez les femmes ayant dépassé la ménopause. Cette grosse question qui a fait couler en Allemagne, en France et en Amérique même, des flots d'encre, est ainsi jugée d'un seul mot.

En revanche, il donne une attention toute spéciale au procédé « purely American » de Pryor (20 juillet 1895, *Med. Rec.*) qui consiste à placer une mèche de gaze dans le cul-de-sac postérieur et à l'y laisser plusieurs jours pour y faire naître des adhérences qui renforceront l'action des ligaments sacrés. Kelly oublie ici que la méthode remonte à Sänger (1888) et qu'elle a été pratiquée bien avant Pryor par Goltschalk, Swieciki, etc. Pour le raccourcissement des ligaments ronds, il ne fait mention que des travaux de Mac Gannon et d'Edebohls. Sur la ventrofixation, il s'étend davantage en décrivant longuement son propre procédé qui consiste à faire passer les fils sur la face *postérieure* de l'utérus. Il a pratiqué cette opération 219 fois environ : jamais il n'a observé de troubles vésicaux d'aucune sorte. Sur 14 cas de grossesse observés par la suite, une seule se termina par des complications sérieuses, l'utérus ayant contracté des adhérences trop intimes avec la paroi par suite de suppuration de la plaie abdominale. En réalité, des travaux nombreux, dont Kelly ne parle pas, ont montré, en Amérique même, le danger de cette méthode au point de vue de l'accouchement.

Le mémoire est accompagné de bonnes figures, où malheureusement le rectum est toujours représenté dilaté, ce qui, pour la compréhension de la statique pelvienne, n'est pas sans entraîner des causes d'erreur. R. BLONDEL.

Technique de la salpingo-oophorectomie sans pédicule. (*Medical News*, 8 août 1896, p. 141.) — J. Watkins (de Chicago) combat la technique classique de l'ovariotomie avec ligature en masse du pédicule. Il fait ressortir les inconvénients de celle-ci : danger d'infection, d'hémorragie par glissement de la ligature, d'adhérences intestinales avec menaces d'étranglement dans l'avenir, douleur, abcès, irritation réflexe de la muqueuse utérine avec métrorrhagie, emploi forcé de sutures non résorbables. Watkins oppose à ce procédé celui de la suture continue de la plaie du ligament large. Après avoir soigneusement libéré toutes les adhérences des annexes avec les organes voisins, il prend une assez longue aiguillée de catgut et traverse le ligament infundibulo-pelvien de façon à comprendre l'artère utéro-ovarienne dans son anse ; il fait en ce point un nœud solide mais court : les annexes sont excisées et une suture continue, au moyen de l'aiguillée de catgut, vient réunir les deux feuillets du ligament large au niveau de la plaie ; arrivé à l'utérus, l'auteur excise dans le tissu de l'organe une partie de la corne et comprend la plaie utérine dans sa suture. Le ligament peut être friable, aussi les tractions sur le fil devront-elles être modérées. On peut laisser tout ou partie de l'ovaire en place si les tissus sont sains. Si l'utérus est malade, on en fait l'ablation jusqu'au niveau du col, après ligature des artères utérines et le moignon est recouvert par l'adossement des deux feuillets péritonéaux, avec simple prolongation de la même suture, s'étendant ainsi d'un ligament large à l'autre.

La seule infériorité du procédé sur celui du pédicule, c'est qu'il est un peu plus long. Mais il rachète cet inconvénient, qui disparaît dans les cas de pédicule court et de ligaments friables — par ce fait que la trompe est enlevée ainsi en totalité, que le ligament n'est point raccourci, que la surface de cicatrisation n'entraîne aucune adhérence, et que les sutures sont résorbables sans que pour cela l'hémorragie soit à craindre.

Passant à la statistique, l'auteur dit qu'employant ce procédé depuis dix-huit mois pour toutes ses ovariotomies, il n'a eu sur 75 cas que 2 morts par infection aiguë existant déjà au moment de l'opération.

Il rappelle que Pryor et Penrose ont décrit déjà chacun de leur côté une opération analogue avec remplacement du pédicule par la ligature directe de l'artère utéro-ovarienne et des petits points saignants : il fait ressortir toutefois que sa technique reposant sur l'emploi de la suture continue au catgut est bien différente.

R. Blondel.

Rupture traumatique de l'utérus avec étranglement de l'intestin dans sa cavité ; opération ; guérison, par C.-E. Van Riper. (*Medical News*, 22 août 1896, p. 205.) — Multipare de trente ans, souffrant de métrorrhagie légère depuis quelques mois, sans signes de grossesse extra-utérine. Le médecin traitant, pensant avoir affaire à une endométrite fongueuse, se décide à pratiquer un curettage. La malade étant endormie, il introduit un cathéter qui, d'emblée, pénètre à 18 centimètres de profondeur. Croyant à une grossesse et jugeant l'avortement imminent, il ne songea plus qu'à extraire le fœtus le plus rapidement possible. Il entr'ouvrit aussitôt le col avec un dilatateur à branches, ce qui provoqua, paraît-il, une hémorragie considérable. Introduisant aussitôt une pince à faux-germe, il saisit ce qu'il crut être une membrane fœtale et chercha à l'amener au dehors : lorsqu'il y fut parvenu, non sans efforts répétés, il constata qu'il était en présence d'une anse intestinale. Il informa aussitôt le mari de la gravité du cas et fit transporter la malade à l'hôpital. A son arrivée, Van Riper la trouva dans un état d'extrême prostration : pouls 140, respiration 24, température 37°; l'abdomen était tympanisé : l'hémorragie vaginale continuait lentement. Après avoir fait une injection de morphine, l'auteur ouvrit l'abdomen de l'ombilic au pubis. La cavité péritonéale était remplie de sang liquide et de caillots, que l'on enleva par un abondant lavage à l'eau salée. L'intestin, l'utérus, les annexes et l'épiploon formaient déjà une masse très unie. Une large fissure s'étendait sur la paroi antérieure de l'utérus depuis le fond de l'organe jusqu'à l'orifice interne, logeant l'intestin étroitement étranglé entre ses bords ; en outre, une perforation existait au niveau de la naissance de la corne droite. Celle-ci était due au passage de la sonde : la fente était au contraire le résultat de l'action du dilatateur. Dans la trompe droite existait une collection sanguine du volume d'un œuf de dinde. La vessie avait été partiellement décollée de l'utérus par le passage des branches du dilatateur qui, après avoir traversé la paroi, avaient glissé sous la vessie et sous le péritoine.

L'auteur acheva le décollement de la vessie, posa des ligatures sur les ligaments larges et enleva l'utérus. L'anse d'intestin grêle entraînée dans la fente mesurait quinze centimètres et était accompagnée d'un fragment d'épiploon. L'application de la pince avait dilacéré la paroi intestinale en plusieurs endroits. Aussi dut-il en pratiquer la résection sur une étendue de 10 cent. Le bouton de Murphy qu'il avait à sa disposition étant trop large, il pratiqua une suture bout à bout, de la couche musculeuse, en terminant par la suture de Lembert. Lavage de la cavité in-

testinale à l'eau salée. Fermeture de la paroi en une seule masse, au crin. Guérison rapide, sans autre incident qu'une cystite due aux désordres causés par la pince sur le bas-fond de la vessie et que les lavages à l'eau boriquée suffirent à faire disparaître. R. BLONDEL.

Obstétrique.

Dr DEMELIN

Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine.

De la grossesse dans ses rapports avec les affections du sein. (Thèse de DUFRÈCHE, Paris 1896, sur les *Appareils mammaires et de la gestation dans leurs relations.*) — L'augmentation de volume subie par le sein pendant la grossesse, les sensations souvent pénibles dont il est alors le siège, expliquent comment il devient de ce fait plus exposé aux compressions, aux manipulations et par suite à ces micro-traumatismes qui ouvrent si facilement la porte à l'infection.

Les abcès du sein pendant la grossesse sont assez rares ; ils ont été décrits par Provost, Lefur (Paris 1825), Doley, Lamaury, P. Dubois (*Gazette des hôp.*), Velpeau, Verneuil, etc. Nünn estime que sur 100 abcès du sein 10 se manifestent pendant la gestation. C'est surtout « au moment de la congestion préparatoire de la secrétion du lait, à savoir du quatrième au septième mois, que ces abcès ont lieu » (Dubois). Il faut, ici comme dans le post-partum, distinguer les mastites vraies ou parenchymateuses des paramastites. En effet, tandis que les inflammations périglandulaires ne semblent en aucune façon influencées par la grossesse, les phlegmasies parenchymateuses au contraire sont, du fait même de cette grossesse, très fâcheusement influencées dans leur évolution (suppurations interminables) : réciproquement, elles prédisposent à l'accouchement prématuré.

L'hypertrophie gravidique peut avoir les mêmes effets : elle rétrocède après l'accouchement ou l'avortement, mais récidive à une nouvelle grossesse.

La plupart des adénomes de la mamelle doivent être rapportés au fonctionnement de la glande. L'assimilation de l'adénome à la mammite chronique a été faite, et dans ces conditions le rôle étiologique de la grossesse paraît évident.

Au point de vue du cancer, si l'on admet avec Quénu que « toute irritation prolongée d'un épithélium favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un épithéliome », on sera enclin à penser que les alternatives de repos et de fonctionnement de la glande mammaire auront, au moins dans un organisme prédisposé, une influence sur la localisation du néoplasme. Si le cancer préexistait à la grossesse, celle-ci « met la femme dans un état d'infériorité physiologique, et à ce titre, peut aggraver l'état de cachexie causé par le cancer et aider au développement de ce dernier ». (Blesson, thèse de Paris, 1884.) DEMELIN.

Un cas d'opération de Porro pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. (*Wratsch*, n° 33, 1896.) — POBIEDINSKY rapporte le cas d'une primipare de vingt-six ans, cyphotique; le ventre de cette femme était tellement proéminent que l'ombilic regardait en bas et que le fond de l'utérus se trouvait au-dessous de la symphyse pubienne; le diamètre antéro-postérieur mesurait 6 centimètres. Dès que la poche des eaux fut rompue, on fit l'opération de Porro. L'enfant vivant ne présentait aucun symptôme d'asphyxie. Les suites opératoires furent des plus satisfaisantes; la malade quitta le lit le vingt-deuxième jour. L'opération de Porro était faite parce que la malade avait déclaré formellement ne vouloir pas subir de nouveau une opération césarienne. B. TAFT.

La périnéotomie pendant l'accouchement. (*Wratsch*, n° 39, 1896.) — MANDELBERG, en se basant sur 24 cas où il a eu recours à la périnéotomie pendant l'accouchement, formule les conclusions suivantes :

1° La périnéotomie rend l'accouchement notablement plus rapide; la tête était restée pendant plusieurs heures sur le plancher périnéal et les manœuvres de Ritgen, Olshausen et Kristeller sont restées sans action; la périnéotomie faite, la tête est descendue presque sans effort ;

2° La technique de la suture est excessivement simple, surtout lorsqu'on la compare à celle de la suture dans les cas de rupture du périnée;

3° La réunion par première intention a été obtenue dans 22 cas; dans 2 cas seulement la réunion a échoué : dans l'un il y avait une endométrite, dans l'autre il s'est produit une rupture du vagin ;

4° En ce qui concerne la douleur provoquée par l'incision, on peut plutôt considérer cette dernière comme un anesthésique, car comme il a été déjà dit, elle accélère considérablement l'accouchement ;

5° L'état du plancher périnéal se trouve dans le cas d'incision dans de meilleures conditions que lorsque l'accouchement a eu lieu sans rupture visible du périnée. B. TAFT.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN
Ex-interne des hôpitaux
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Les petits lavements médicamenteux dans la médecine des enfants, par le Dr MONTENUIS. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 769, 25 octobre 1896.) — Le Dr Montenuis appelle l'attention sur l'utilité des petits lavements médicamenteux dans la médecine infantile. Ces lavements doivent être donnés, non avec la poire dont on se sert habituellement, mais à l'aide de la seringue urétrale dite pneumatique, dont la capacité est de 5 à 6 centimètres cubes et qui se termine par un embout en gutta-percha.

Dans le cas de convulsions, dont la raison est presque toujours une indigestion ou de la constipation, l'indication urgente est de vider l'intestin, puis de calmer le système nerveux. On donne d'abord un petit lavement avec une cuillerée à café de glycérine pure; quelques minutes après ce lavement évacuant, on donne, et au besoin on répète un quart d'heure après, un petit lavement contenant 0 gr. 25 d'antipyrine dans la première année, 0 gr. 50 dans la seconde.

Dans d'autres circonstances, si l'indication se pose de donner la quinine, ce médicament peut s'administrer en petits lavements sous forme de chlorhydrate neutre qui est soluble dans son poids d'eau. On peut également associer l'antipyrine à la quinine :

Chlorhydrate neutre de quinine	3 grammes.
Antipyrine	2 —
Eau distillée	q. s. pour 50 cc.

Une cuillerée à café de cette solution contient 0 gr. 20 d'antipyrine et 0 gr. 30 de chlorhydrate de quinine.

G. LYON.

Traitement du pied bot congénital chez l'enfant. par André BOQUEL. (*Thèse de Paris*, juin, 1896.) — Le traitement du pied-bot congénital chez l'enfant est essentiellement distinct du pied-bot paralytique. Le pronostic dépend de l'état de la musculature du membre inférieur, toujours incomplètement développée et d'autant plus gravement compromise que l'enfant est plus avancé en âge. Le traitement du pied bot congénital ne saurait consister uniquement en effet dans le redressement du pied non plus que dans le maintien de ce redressement ; un troisième point est capital, le rétablissement de la fonction.

Les diverses méthodes proposées n'arrivent à ce but qu'en s'appuyant sur la méthode fondamentale du massage et des manipulations. Des interventions chirurgicales variables suivant les cas sont nécessaires, le plus souvent, pour permettre l'emploi d'une telle méthode; mais quelque important que soit leur rôle, qu'il s'agisse de ténotomie ou même de tarsectomie, ce rôle n'est en réalité qu'accessoire.

Tant que les déformations osseuses ne sont pas définitives, la ténotomie du tendon d'Achille est la seule intervention chirurgicale à laquelle il soit besoin de faire appel pour obtenir le redressement du pied. Ce redressement est facilité par l'emploi du chloroforme et la connaissance exacte du siège des déviations articulaires dont l'ensemble constitue le pied bot; sous ce rapport la méthode, préconisée par Lorenz sous le nom de « redressement modelant », est un perfectionnement véritable.

Les déformations osseuses une fois définitives, il ne semble pas que le redressement puisse être obtenu par l'emploi de la ténotomie, de l'incision de Phelps ou du massage forcé. La tarsectomie conduit au but cherché si l'on ne craint pas d'enlever tout ce qui gêne et d'agir de telle sorte que le redressement soit achevé par l'opération elle-même. Après la tarsectomie comme après la ténotomie, le massage sous ses diverses formes reprend tous ses droits. G. LYON.

De la médication thyroïdenne chez les enfants, par A. DOBROWSKY. (*Wratsch*, n° 27, 1896.) — Le Dr Dobrowsky a employé le corps thyroïde chez des enfants atteints de goitre, d'idiotie ou de crétinisme, enfin de prurigo. Le corps thyroïde était administré sous forme de tablettes contenant 35 centigrammes de substance active. Les enfants âgés de moins de deux ans prenaient pendant la première semaine de une demi-tablette à une tablette entière par jour ; ensuite la dose quotidienne était de une à deux tablettes. Aux enfants plus âgés on faisait prendre une à deux tablettes par jour pendant la première semaine, puis trois ou quatre tablettes. Cette médication durait de trois semaines au moins à quatre mois au plus.

Chez tous les petits malades on a observé au cours de ce traitement, de l'amaigrissement, de de la tachycardie sans palpitations du cœur et une augmentation de la diurèse et de la soif. Le poids du corps diminuait pendant un mois environ, puis restait stationnaire à partir de ce moment.

Dans les cas de goitre parenchymateux la thyroïdine a provoqué une régression rapide de la tumeur qui se manifestait dès le second ou le troisieme jour pour atteindre son maximum au bout de trois semaines; jamais d'ailleurs le

traitement n'a déterminé la disparition complète du goitre. Prolongé au delà de trois semaines, il n'exerce plus aucune influence sur la tumeur. Les récidives sont fréquentes mais cèdent facilement à la reprise du traitement.

Chez les idiots et les crétins la thyroïdine n'a donné que des résultats partiels. Ainsi sur douze enfants, deux seulement ont été plus ou moins améliorés, en ce qui concerne leur habitus, et chez l'un deux il y a eu un progrès intellectuel incontestable.

Dans l'unique cas d'obésité où le traitement thyroïdien a été institué, chez une fillette de dix ans, le résultat a été assez favorable pendant la durée de l'administration de la thyroïdine, mais le poids du corps a augmenté de nouveau après la cessation du traitement.

C'est surtout dans le prurigo de Hébra que la thyroïdine s'est montrée efficace. Elle fait cesser les démangeaisons et les lésions de grattage qui en sont la conséquence; le sommeil se rétablit et l'état général s'améliore. Ce résultat a été obtenu dans 8 cas. Il convient d'ajouter que le mal a récidivé, après la suppression de la thyroïdine, au bout d'un laps de temps qui a varié de une à treize semaines. G. Lyon.

FORMULAIRE

Traitement de l'hémoptysie chez l'enfant.

Alun en poudre.	5 centigr.
Eau de Rabel.	XX gouttes.
Extrait de ratanhia	2 gr.
Sirop de rose.	ãã 30 gr.
Sirop de cachou.	
Infusion de roses rouges .	160 gr.

Par cuillerée à café ou à dessert, de demi-heure en demi-heure.

Perchlorure de fer	40 cent. à 1 gr.
Sirop de cannelle.	30 grammes.
Eau distillée.	100 —

Par cuillerée à bouche, toutes les demi-heures.

Ergotine	1 gramme.
Sirop de ratanhia.	10 —
Eau distillée	100 —

Par cuillerée à dessert, toutes les cinq minutes jusqu'à vomissement. Cadet de Gassicourt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Prix de l'Académie de Médecine. — Nos lecteurs trouveront plus loin la liste des prix donnés par l'Académie de Médecine, ou du moins de la première partie de cette liste qui est fort longue. On y remarquera qu'une seule médaille d'or a été décernée dans le service des épidémies à un médecin civil. Le titulaire de cette récompense, d'autant plus précieuse, est le Dr Hébert, d'Audierne, un des plus vieux amis de la rédaction de la *Revue de Thérapeutique* qui est heureuse de lui adresser à cette occasion ses félicitations bien sincères.

A propos du certificat médical d'aptitude physique pour l'admission des enfants dans les établissements industriels. — La Commission supérieure du travail dans l'industrie sur l'application, pendant l'année 1895, de la loi relative au travail des enfants et des femmes dans les établissements industriels, vient d'adresser au président de la République un rapport dans lequel nous trouvons le passage suivant, qui se rapporte au certificat d'aptitude physique que le médecin doit délivrer aux enfants âgés de douze à treize ans :

« On a déjà signalé les difficultés que rencontre, dans certains départements, la délivrance du certificat d'aptitude physique aux enfants de douze à treize ans qui désirent entrer dans l'industrie. C'est un service dont l'organisation exige le concours des médecins chargés de la surveillance des enfants du premier âge, des inspecteurs des écoles ou de médecins désignés par le préfet; comme le certificat est délivré gratuitement, le préfet doit s'assurer préalablement du consentement du médecin qu'il désigne. De leur côté, les municipalités ne suivent pas toujours les recommandations qui leur ont été adressées de faire afficher le nom et l'adresse du médecin de service dans les écoles communales et à la mairie. On s'explique, dès lors, que, sous ce rapport, l'application de la loi laisse encore à désirer. Conformément aux instructions qui leur ont été données, les inspecteurs s'efforcent de vulgariser, en ce qui les concerne, l'emploi du certificat d'aptitude physique. Chaque fois que l'occasion se présente, ils remettent aux patrons des modèles de certificat et exigent que les enfants de douze à treize ans soient soumis à un examen médical auquel est subordonné leur séjour ultérieur à l'usine. Ils ne manquent pas de rappeler aux autorités locales

qu'elles ont à intervenir pour assurer l'exécution de la loi. Des recommandations pressantes ont été adressées aux préfets pour que ce service soit organisé d'une façon définitive.

« Ils doivent veiller, notamment, à ce que les maires fixent, à la fin de l'année scolaire, d'accord avec le médecin de service, un jour où ce dernier se tiendra à la disposition des enfants, déjà munis du certificat d'études primaires, qui seraient dans l'intention de requérir la délivrance du certificat d'aptitude physique. »

La reconnaissance d'un client. — Un enfant était atteint depuis l'âge de deux ans d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; pendant quatre ans on dut le nourrir par le rectum et par une fistule gastrique. A l'âge de six ans il fut traité par M. Bernays, de Saint-Louis, qui par une série d'heureuses interventions réussit à rétablir la perméabilité de l'œsophage.

Les principales opérations furent pratiquées en présence de nombreux chirurgiens et étudiants, et de la mère de l'enfant.

M. Bernays, quelque temps après, publiait l'histoire de ce cas intéressant, illustré par une photographie de l'enfant, qui montrait la place des diverses incisions pratiquées. Il avait eu soin de dissimuler l'identité du petit opéré sous de fausses initiales.

Aujourd'hui la mère intente une action en dommages-intérêts à notre confrère, comme ayant violé le secret professionnel en deux circonstances : une première fois en faisant des étrangers témoins de l'opération; une deuxième en publiant l'observation de l'opéré et la photographie y jointe. (*Méd. mod.*)

Peut-on pronostiquer la longévité d'un être humain? M. W. Warner estime la chose possible et fournit quelques données qui intéressent chacun de nous.

Chacun porte avec soi, dit M. Warner, les signes physiques de sa longévité. Une personne qui doit vivre longtemps peut être distinguée à simple vue d'une personne qui aura la vie courte.

Deux considérations principales dominent la question : la longévité en puissance transmise par l'hérédité, et les influences réactionnelles du milieu.

« Les premières conditions de longévité, continue M. Warner, sont que le cœur, les poumons et les organes digestifs, aussi bien que le cerveau, soient larges. Si ces organes sont larges, le tronc sera long et les membres relativement courts. Le sujet paraîtra grand quand il est assis, et petit quand il est debout. La main aura une paume longue et un peu épaisse et les doigts courts. Le cerveau sera profondément situé, ce que révélera l'orifice de l'oreille qui sera bas. Des yeux bleu-noisette ou brun-noisette sont un signe favorable. Les narines larges, ouvertes et libres indiquent des poumons spacieux. Des narines pincées ou demi-closes indiquent des poumons petits et faibles. »

Tels sont les caractères distinctifs, expression de la longévité héréditaire en puissance, établie sur les bases d'une nombreuse statistique. M. Warner reconnaît qu'il y a des exceptions individuelles. (*Méd. mod.*)

Nécrologie. — Le Dr Poisson, de Nantes ; le Dr Gayat, de Saint-Raphaël ; le Dr Du Bois-Raymond, professeur de physiologie à l'Université de Berlin, mort à l'âge de 78 ans.

PETITE CHRONIQUE

Il vient de se former en Amérique un Comité médical dont le rôle sera bien caractéristique, et dont l'institution renferme pour nous un exemple intéressant à suivre. Ce Comité sera chargé de rechercher les *fraudes commises au détriment de la charité du médecin. (Committe on the Abuse of medical Charity.)*

Comme on le voit, le mal qui sévit chez nous est un mal qui ne connaît pas de frontières : partout le médecin est exploité de la façon la plus honteuse sous le couvert de la charité. Pas une institution bienfaisante ne se fonde, pas une œuvre ne s'organise sans qu'elle comporte un nouvel abandon par le médecin d'une parcelle du terrain dont il tire son pain et celui des siens. Il est inutile de reparler des Sociétés de secours mutuels, véritables ligues contre le médecin, encouragées partout comme œuvres méritoires, subventionnées par l'Etat et par les communes, et dont les exigences sont devenues pour certains malheureux confrères une tyrannie sans exemple dans aucune profession.

La contre-partie, la ligue des médecins, nous est interdite comme vous le savez, et toutes les fois que nos confrères excédés ont essayé de la constituer, ç'a été un *tolle* général au nom de l'humanité. Comme si la question d'humanité était engagée dans ce fait que le bourgeois aisé, ayant pignon sur rue, et tenant hautement à ne pas être confondu avec

les miséreux en aucune circonstance, a la prétention, en matière de soins médicaux, d'être traité par le médecin au même tarif que ceux-ci. En Belgique, un mouvement considérable s'est dessiné dans le corps médical contre les prétentions des bourgeois économes syndiqués et sur divers points nos confrères sont parvenus, grâce à une admirable solidarité, a certains résultats que nous pourrons peut-être longtemps encore leur envier.

En Amérique, pays de gens pratiques, la profession médicale a commencé à se préoccuper du nombre invraisemblable de consultations gratuites qui se donnent dans le Royaume-Uni et dont le chiffre supposerait une proportion d'indigents dépassant de 20 fois celle qui est admise et reconnue.

Un comité s'est donc formé : il recevra les renseignements des confrères, des particuliers, aura mission de faire les enquêtes nécessaires, recherchera le degré de fortune réelle — il n'y a qu'à consulter le percepteur — des gens soignés gratuitement dans les hôpitaux et les institutions de bienfaisance, et fera connaître cette situation à ces hôpitaux et à ces institutions, leur mettant en main les bases d'une action en remboursement ou en dommages et intérêts dont le Comité se fera, si on le désire, le requérant par procuration.

Il n'est pas besoin de faire ressortir les services qu'une pareille institution pourrait rendre au corps médical. Il n'est pas impossible de concevoir qu'une commission spéciale du syndicat des médecins de chaque région, commission où chacun figurerait à tour de rôle ou par voie de tirage au sort, fonctionne chez nous de la même manière. Il est reconnu que l'Assistance publique fait faire d'une façon plus que légère les enquêtes sur les malades admis dans ses hôpitaux. Tout propriétaire peut s'entendre avec sa concierge pour faire répondre à l'enquêteur qu'il est..... domestique, employé, journalier, etc., qu'il habite chez sa vieille tante....., et ce n'est pas plus difficile que cela. Les malades de province qui viennent se faire soigner dans les hôpitaux de Paris aux frais des contribuables de la capitale, ne sont pas plus embarrassés. Il n'y a qu'à descendre à l'hôtel, et tout est dit.

Les sommes dont l'Assistance publique est ainsi frustrée, sont inimaginables : quant à ce qu'y perd le corps médical, c'est bien autre chose encore. Combien de chirurgiens des hôpitaux n'ont-ils pas retrouvé dans leur service de malades venus à leur consultation et ayant reculé devant quelques billets de 100 ou de 1,000 francs, pour venir se faire opérer gratuitement par *leur* chirurgien, ou plutôt aux frais de cette maternelle Assistance publique, qui ferme si aisément les yeux. Dernièrement encore, la femme d'un des plus gros fabricants de meubles de Paris, Mme J..., millionnaire, atteinte d'un fibrome, allait consulter un de nos meilleurs chirurgiens qui lui demandait 6,000 francs pour l'opérer. Huit jours après, elle entrait à Bichat, sous le nom de sa bonne envoyée pendant ce temps à la campagne, et était opérée par le professeur T... Ayant de l'argent en poche et le pourboire facile, elle fut admirablement soignée à l'hôpital et rentra chez elle ayant fait une gentille petite économie. L'Assistance publique fut cependant avertie : elle commença, dit-on, une enquête, qu'elle abandonna par crainte de scandale.

Quant à la maison Dubois, il n'est pas un de ses chirurgiens qui n'ait su ce qu'elle lui coûtait; — dès qu'un de ses malades trouvait le prix demandé un peu élevé, il s'empressait d'entrer à la maison Dubois où pour 200 à 300 francs au plus, versés à l'Assistance à qui son séjour coûtait un peu plus du double, il pouvait narguer *son* chirurgien de la veille et exiger ses soins gratuits.

En Amérique, le comité fondé réussira sûrement, les voisins se chargeant, sous forme de dénonciations ou de hideuses lettres anonymes, de l'avertir de la plupart des fraudes : là-bas on trouvera une législation ne badinant pas en matière d'intérêts lésés et une opinion publique admettant le droit de chacun à vivre de son métier à l'abri de toute exploitation officielle.

En France une pareille institution, sous la forme impersonnelle et anonyme d'un comité permanent, réussirait-elle? L'Assistance publique ne s'aviserait-elle pas, comme la femme de Robert, de répondre à l'intrus qu'il lui plaît d'être battue?

Et cependant, est-il, oui ou non, certain qu'il y a quelque chose à faire? Il n'est pas un médecin qui ne convienne qu'il est temps de chercher un remède à toutes ces fraudes qui atteignent tous les degrés de la profession, bien plus encore les petits, que les personnalités arrivées. Combien de clients de l'hôpital, consultation externe ou lit dans la salle, qui pourraient aisément payer 2 ou 3 francs par jour, au médecin de leur quartier ?

Alors pourquoi ne pas essayer?... Est-il donc impossible de s'assurer de l'identité des gens qui entrent dans un hôpital, avec un peu de bonne volonté ?

Hélas! nous le connaissons bien l'obstacle! Nous le connaissons tous : c'est celui que nous retrouvons en France en travers de toute idée saine, de toute réforme logique ; c'est l'infernale politique, maîtresse de tout, à tous les degrés de l'échelle!

Allez donc demander de surveiller l'hôpital à un conseiller municipal dont la réélection dépend du quartier qui bénéficie de toutes ces fraudes, surtout maintenant que la création des circonscriptions hospitalières a fait de l'hôpital de son arrondissement un de ses moyens d'action! C'est presque aussi naïf que de demander aux députés de lutter contre l'alcoolisme et d'édicter quoi que ce soit qui gêne MM. les cabaretiers, grands électeurs de France!

Et pourtant, sincèrement, entre nous, il doit y avoir quelque chose à faire!

B. R.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique infantile; par le Dr A. Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, Octave Doin, éditeur. — Une des questions les plus délicates et, sans contredit, la moins connue du jeune médecin au début de sa carrière, c'est celle qui a trait à l'hygiène et à la thérapeutique infantiles; il n'existait pas de livre récemment écrit sur ce sujet. M. Josias vient de combler cette lacune en publiant deux petits volumes fort bien écrits et essentiellement pratiques, dans lesquels le praticien trouvera, traitées de main de maître, toutes les questions d'hygiène et d'allaitement qui concernent le nouveau-né et le nourrisson, et aussi la thérapeutique de toutes les affections qui sévissent chez l'enfant et dont le traitement est si différent de celui des affections de l'adulte.

Le premier volume comprend l'étude des maladies du nouveau-né, des maladies infectieuses, des maladies de la nutrition et de celles du système nerveux, et dans le second volume sont traitées les maladies du tube digestif, puis celles de la respiration, de la circulation, des organes génito-urinaires, des organes des sens et de la peau. Ce dernier volume contient encore une annexe concernant l'accroissement des enfants, la réglementation des tétées, la dentition, la durée des périodes contagieuses des maladies infectieuses, et un formulaire.

L'auteur a voulu, avant tout, écrire un livre pratique, et il y a réussi. Nous recommandons spécialement la lecture des chapitres concernant les fièvres éruptives, la diphtérie et les troubles gastro-intestinaux, traités avec une rare compétence et dans lesquels le médecin trouvera l'exposé des traitements basés sur les découvertes les plus récentes.

E. Thiercelin.

Formulaire des régimes alimentaires; par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 volume in-18 de 316 pages, cartonné, 3 fr.; J.-B. Baillière et fils. — Hygiène ou thérapeutique, les prescriptions diététiques coudoient dans les ordonnances médicales les prescriptions pharmaceutiques. Parfois même, les détails consacrés à l'établissement du régime l'emportent de beaucoup en longueur ou en importance sur les formules médicamenteuses. De ce chef, les différents régimes alimentaires méritent toute l'attention du médecin praticien.

La diététique remplit deux indications capitales.

Elle donne les moyens de réparer les pertes subies par l'organisme et indique les substances les mieux aptes à remplir ce but. Elle fait rejeter de l'alimentation les substances nuisibles, dont la consommation ne servirait qu'à entretenir ou à créer l'état pathologique qu'on se propose justement de guérir ou de prévenir.

C'est donc presque toujours en partie double que se prescrivent les régimes, *ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire.*

La première partie du *Formulaire* de M. Gillet comprend tout ce qui regarde les régimes en général, la composition des aliments, le mode d'administration.

La deuxième partie comprend les régimes dans l'état de santé, avec leurs variantes selon les états physiologiques ou sociaux.

Dans la troisième partie se trouve la description des régimes à l'état de maladie, régimes généraux, régimes spéciaux, avec tous les détails nécessaires.

Pour faciliter les recherches, le même ordre a été suivi à propos de chaque régime : sous la rubrique *base du régime* sont exposées les notions scientifiques qui doivent servir à l'établissement du régime. Viennent ensuite les détails qui se rapportent à la *composition du régime*, au *mode d'administration*, aux *résultats* et aux *inconvénients*, aux *indications* et aux *contre-indications*. R. Bl.

Le Propriétaire-Gérant : Blondel.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Académie de médecine. *Séance publique annuelle, tenue le 15 décembre 1896.* — DISTRIBUTION DES PRIX DE L'ANNÉE 1896.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'intérieur a accordé, pour le service des eaux minérales de France, pendant l'année 1894 :

1° *Médaille d'or.* — M. le Dr Planche, de Balaruc-les-Bains;

2° *Rappel de médaille d'or.* — M. le Dr Caulet, de Saint-Sauveur;

3° *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Bordas, de Paris: Elevy, de Biarritz; Choux, médecin militaire; M. Mallat, de Vichy ;

4° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les Drs Chiaïs, d'Évian-les-Bains; Laissus, de Salins-Moutiers: Laussedat, de Royat;

5° *Médailles de bronze.* — MM. les Drs Barrabé, de Bagnoles-de-l'Orne; Darroze, de Préchacq-les-Bains: Dresch, d'Aix-les-Bains; Van Merris, médecin militaire ; Jules Félix, de Bruxelles.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'intérieur a accordé, pour le service des épidémies, en 1895 :

1° *Médailles d'or.* — MM. les Drs Hébert, d'Audierne; F. Camus, Dubrulle et Marotte, H. Vincent, médecins militaires ; MM. E. Lacour, pharmacien militaire, et Gavin, de Versailles;

2° *Rappels de médailles d'or.* — MM. les Drs Blanquinque, de Laon; Chabenat, de La Châtre; Legée, d'Abbeville; Aubert, médecin militaire ;

3° *Médailles d'argent.* — MM. les Drs J.-J.-A. Dardignac, Bassères, Trouillet, J. Meyer, médecins militaires:

4° *Rappels de médailles d'argent.* — M. le professeur Vergely, de Bordeaux ; MM. les Drs André, de Toulouse; L. Bard, de Lyon ; Lesueur, de Bernay; Mathieu, de Vassy; H. Pautier, de Senlis; L. Raynaud, d'Alger; Rousseaux, de Vouziers; H. Geschvind, Jaubert, médecins militaires;

5° *Médailles de bronze.* — MM. les Drs Rousseau, de Cholet; L.-E. Dupuy, de Saint-Denis; Foucault, de Fontainebleau; Herland, de Rosporden; Muller, de Saint-Quentin; Omont, de Pont-Audemer; Pinatel d'Urt; Spiral, de Montmédy; Szczypiorski, de Mont-Saint-Martin; O. Lallemant, Dommartin, Matignon, médecins militaires.

6° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. les Drs A. Boyer, de Commercy; Cerf-Mayer, de Brest; Legros, de Rochefort-sur-Mer; P.-A. Lop, de Marseille; Richer de Forges, de Morlaix; Thibaudet, de Châtillon-sur-Chalaronne; Cassedebat, médecin militaire.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2,000 fr., destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or* : MM. Savouré-Bonville, inspecteur des enfants assistés de l'Eure ;

2° *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Delobel, de Noyon; Doumic, de Pontoise; Durand, de Saint-Martin-d'Auxigny; Gaudeffroy, de Valan; Gierszinski, d'Ouarville; Rivière, de Bordeaux;

3° *Rappels de médailles de vermeil.* — MM. les Drs Capelle, de Hermies; Jenot, de Dercy; Picard, de Selles-sur-Cher; Regnoul, de Villeneuve-la-Guyard ; Sutils, de la Chapelle-la-Reine ; Barthès, inspecteur des enfants assistés du Calvados; Denizet, inspecteur des enfants assistés de Seine-et-Marne; Mazade, inspecteur des enfants assistés des Bouches-du-Rhône;

4° *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Delfau, John Lemoine, de Paris; Bauzon, de Châlon-sur-Saône; Brallot, du Thillot; Brun, de Ladon; Espagne, de Montpellier; Joly, de Fauquembergues; Nory, de Sainte-Suzanne; Veillard, de Lorris; M. Drucker, de Paris ;

5° *Rappels de médailles d'argent.* — MM les docteurs Auge, de Reuilly; Baratier, de Jeugny; Dumée, de Nemours ; Grosjean, de Montmirail; Lehecq, de Châtillon-sur-Indre ; Picard, de Lagny ; Surbled, de Corbeil ; Trottignon, d'Issoudun ;

6° *Médailles de bronze.* — MM. les Drs Ansaloni, de Romorantin; Beullard, de Villefranche ; Bourdon, de Méru ; Brun, de Tournon-Saint-Martin; Cantin, de Brie-Comte-Robert; Cornilleau, de Boissy-le-Sec; Delavalle, de Sailly-sur-la-Lys; Dermigny, de Saint-Simon; Desplantes, de Nogent-le-Rotrou; T. Dodeuil, de

Ham; Dupont, de Nogent-sur-Vernisson; Eltchinanoff, de Saint-Calais; Foucart, de Sézanne; Girat père et fils, de Neuvy-Saint-Sépulcre; Gruson, de Marquise; Ladevèze, de Saint-Florent; Lauth, de Saint-Germain-en-Laye, Lebault, de Saint-Vit; Lesueur, de Bernay; Limasset, de Dormans; P.-A. Lop, de Marseille; Morère, de Palaiseau; Painetvin, de Fresnoy-le-Grand; Paté, du Thour; Tassin, de Leugny; Tissié, de Bordeaux; Villard, de Verdun; Auvert, inspecteur des enfants assistés du Cantal; Beo, inspecteur des enfants assistés de Vaucluse; Boucofran, inspecteur des enfants assistés ees Côtes-du-Nord; Féraudi, inspecteur des enfants assistés des Alpes-Maritimes; Lautré, inspecteur des enfants assistés de la Haute-Garonne.

Service de la vaccine — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'intérieur a accordé, pour le service de la vaccine, en 1894 :

1° *Un prix de* 1,500 *fr.*, à partager ainsi qu'il suit : 600 fr. à M. le professeur agrégé G.-H. Lemoine, médecin militaire; 500 fr. à M. le Dr Aussèt, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille; 400 fr. à M. le Dr Duvigneau, médecin des colonies;

2° *Quatre médailles d'or :* M. le Dr J. Delobel, et M. P. Cozette, médecin-vétérinaire, de Noyon, pour leur Mémoire en collaboration; MM. les Drs P.-A. Lop, de Marseille; A. Loir, de Tunis; Haueur, médecin des colonies;

3° *Cent médailles d'argent :* MM. les Drs Albert, à Toulouse; Auvert, à Aurillac; Baratier, à Jeugny (Aube); Bascou, à Bouisse, (Aude); Bastiou, à Plouarec (Côles-du-Nord); de Béchon, à Brest; Bellot, interne en médecine à Constantine (Algérie); Bergasse, médecin-major à Valence; Bernard, à Toulouse; Beumier, médecin aide-major, à Tiaret (Algérie); Biat, à Liévin (Pas-de-Calais); Boureau et Chaumier, à Tours (Indre-et-Loire); Bourgain, à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais); Buy, à Fort-National (Algérie); Mlle Carré, sage-femme à Aigurande (Indre); M. Cassedebat, médecin-major à Oran (Algérie); Mme Caumel, sage-femme à Monflanquin (Lot-et-Garonne); MM. Cazanova et Couret, vaccinateurs, à Fort-National (Algérie); MM. les Drs Chabaud, à Prades (Ardèche); Chapoy et Gounand, à Besançon; Mme Chauffour, sage-femme, à Miramont (Lot-et-Garonne); MM. les Drs Chéreux, à Quimper; Chonnaux-Dubisson, à Villers-Bocage (Calvados); Ciaudo, à Nice; Coiffier, au Puy (Haute-Loire); Colin, à Quimper; Convers, à Saint-Étienne; Cordlilot, médecin aide-major à Orléansville (Algérie); Courrent, à Tuchan (Aude); Darget, à Orthez; Davéo, à Paris; Mme Debord, sage-femme, à Bourges; M. Debreil, interne en médecine, à Lille; Mme Delannoy, sage-femme, à Lille; MM. les Drs Deschamps, à Montigny (Haute-Marne); Druelle, à Outreau (Pas-de-Calais; Dubuisson, à Châteauneuf (Finistère); Dufourcq, à Salies; Durand, à Marseillan (Hérault); Duvernet, à Paris; Farganel, médecin aide-major à Gardaïa (Algérie); Feltz, à Saint-Denis; Fontaine, médecin du corps de santé des colonies (Tonkin); Foucart, à Sézanne (Marne); Fuzet du Pouget, à Casteljau (Ardèche); Gérard-Laurent, à Sanvic (Seine-Inférieure); Getten, à Pouillon (Landes); Em. Girat, à Neuvy-Saint-Sépulcre (Indre); Gomot, à Guéret (Creuse); Grias, à Pont-Aven (Finistère); Guével, à Pont-l'Abbé (Finistère); Hébert, à Audierne (Finistère); Huguet, médecin-major à Sidi-Aïssa (Algérie); Jaurès, à Dourgne (Tarn); Jenot, à Dercy (Aisne); Juppé, à Arudy (Basses-Pyrénées); Laffage, à Dra-el-Mizan (Algérie); Mlle Laffargue, sage-femme, à Mont-de-Marsan (Landes); M. Lafaye, médecin aide-major, à Laghouat (Algérie); Dr Lagarde, à Montauban; Mme Lagarde, sage-femme à Thiviers (Dordogne); Mme Le Bloaz, sage-femme à Rostrenen (Côtes-du-Nord); M. Leclercq, médecin aide-major, à Djelfa (Algérie); Dr Le Febvre, à Morlaix; Lépinay, médecin des colonies, à Saïgon; Mme veuve Louis, sage-femme, à Plœmeur (Morbihan); M. Mangenot, médecin aide-major, à Boghar (Algérie): Mme Martin, sage-femme, à Hallain (Nord); M. Marty, médecin aide-major, à Bou-Saada (Algérie); Drs Massina, au Boulou (Pyrénées-Orientales); Massonet, à Béni-Hindel (Algérie); Matignon, médecin aide-major, à Pékin; Mercier, médecin-major, à Versailles; Merz, médecin-major à Lyon; Montel, à Elbeuf; Morvan, à Plevbel (Finistère); Mougeot, à Saïgon; Mme veuve Mourier, sage-femme, à Sainte-Sigolène (Haute-Loire); Dr Néis, à Pont-Croix (Finistère); MM. Ohier et Breuil, médecins militaires, à Dinan (Côtes-du-Nord); Mme veuve Oustry, sage-femme, à Graissessac (Hérault); Dr Perrier, à Nîmes; Mme Picaud, sage-femme, à Miallet (Dordogne); Dr Quéré, à Callac (Côtes-du-Nord); Mme Ramon, sage-femme, au Havre; Mme Rastel, sage-femme, à Rousset (Drôme); Drs Rottillon, à Paris; Sanquer, à Morlaix; Schwartz, à Affreville (Algérie); le P. Spée, des missionnaires de Notre-Dame-d'Afrique, à Taguemount-Azouz (Algérie); Drs Sudour, à Bayonne; Sutils, à La Chapelle-la Reine (Seine-et-Marne); Sanguy, docteur en médecine, à Ploquescat (Finistère); Mme Thiboulet-Batisse, sage-femme, à Langeac (Haute-Loire); Mme Treillon, sage-femme, à Fumel (Lot-et-Garonne); Drs de Valicourt, à Philippeville (Algérie); Vivier, à Angoulème; de Welling, docteur en médecine, à Rouen.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT MASSOTHÉRAPIQUE DES FRACTURES DU PÉRONÉ

Par le Dr Georges BERNE.

Ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté.

Depuis l'année 1884, époque à laquelle j'annonçai publiquement, lors d'une conférence à l'hôpital Bichat (service du Dr Huchard), dans toute leur nouveauté, les résultats de ma pratique, sur ce point spécial, j'ai eu l'occasion de traiter bon nombre de fractures du péroné par la massothérapie. Les favorables résultats que j'annonçai cette année même, se trouvèrent ultérieurement confirmés par les recherches d'autres confrères. De nombreux travaux postérieurs aux miens ont vulgarisé, mais n'ont, en réalité, nullement modifié ce que je considérais alors comme devant constituer un traitement, inédit autant que rationnel, applicable aux diverses variétés de la fracture du péroné. Ceux qui, sans avoir, à aucun titre, la *priorité* de la découverte, ont apporté cependant à la propagation de ces procédés l'appoint de leur autorité scientifique, ont grandement contribué à établir le crédit de la méthode et à généraliser son application à d'autres fractures, justiciables également du massage. Ils ont fait œuvre utile ; il convient de leur rendre justice sur ce point.

Mais ce que je suis en droit d'affirmer, — et j'ai mes raisons pour insister sur ce point, — c'est qu'avant ma conférence de 1884, personne, ni en France ni à l'étranger, n'avait publié aucun mémoire, aucune note, ni rien d'analogue quant au traitement des fractures du péroné, d'emblée, dès le premier jour, par le massage.

Malgré tous les louables efforts de ceux qui se sont préoccupés de la question, il semble que le praticien hésite encore à employer résolument, dans le traitement des fractures du péroné, ces moyens qui cependant paraissent avoir reçu depuis treize ans cette sanction que le temps doit donner à toute œuvre scientifique digne d'attention.

Il m'a semblé que l'exposé clair et pratique de la question pouvait avoir quelque intérêt en ce moment.

Je crois devoir rappeler les deux variétés les plus fréquentes de fractures du péroné : *fractures par arrachement* et *fractures par divulsion*, occupant chacune un siège peu éloigné l'un de l'autre, puisque, dans les fractures par arrachement, le trait de fracture se rencontre à 3 centimètres environ de la pointe de la malléole externe, tandis que dans les fractures par divulsion l'os est fracturé à 4, 5, 6 centimètres de l'extrémité inférieure de la malléole.

Dans le premier cas (*arrachement*), la fracture présente une direction transversale, ou à peu près, dans la plupart des cas; d'autre part, les surfaces fracturées ont peu de tendance au déplacement, ce qui tient d'abord à leur engrènement réciproque, ensuite au maintien en place de leurs fragments, grâce à l'intégrité plus ou moins grande du ligament antérieur de l'articulation péronéo-tibiale inférieure et à celle des ligaments latéraux externes moyen et antérieur de l'articulation tibio-tarsienne.

Dans le deuxième cas (*divulsion*), outre le maintien des fragments malgré l'obliquité de

leur surface fragmentée, grâce au ligament interosseux si solide et si résistant, ils resten fixés en quelque sorte à leur distance normale du tibia. Dans bien des cas même, le trait de fracture ne se trouve pas au-dessus du bord supérieur du ligament antérieur de l'articulation péronéo-tibiale antérieure. Les deux fragments ont encore moins de tendance, dans ces conditions, à s'écarter du tibia, on le conçoit aisément.

En réalité, le tibia se trouve jouer, à l'égard du péroné le rôle d'une *attelle naturelle*. La même disposition se rencontre à l'avant-bras en ce qui concerne l'appui que le radius reçoit du cubitus; toutes ces conditions ne peuvent évidemment que favoriser un traitement dans lequel le praticien ne se trouve pas exposé, par ses manœuvres, à troubler l'évolution du cal, en mobilisant des fragments osseux quotidiennement. Ce n'est pas dans le but d'activer la formation de ce même cal (bien que cela doive en réalité se produire) que j'ai eu l'idée de pratiquer, dès le premier jour, le massage du membre fracturé. C'est la constatation des troubles apportés dans la calorification des membres fracturés, par une trop longue immobilisation, et au premier rang, c'est surtout la pensée que le massage conserverait aux jointures voisines de la fracture leur souplesse normale, aux tendons leur glissement, aux muscles leur circulation, que j'ai été conduit à exercer le *massage précoce* dans le traitement de ces fractures. Pour marquer l'importance que j'attachais aux manœuvres massothérapiques, j'écrivais les lignes suivantes en novembre 1885 : « Pendant le traitement des fractures, je propose d'exercer des manipulations des muscles et du tégument des membres *aussi précocement que possible*, lorsque les conditions présentées par les fractures ne sauraient s'y opposer[1]. »

Ces conditions, auxquelles je faisais allusion, sont entièrement réalisées par le péroné. Cet os est aisément accessible aux massages; il est de plus maintenu contre le tibia qui lui sert d'attelle.

Mais la question qui préoccupe à juste titre les praticiens, est la suivante : Doit-on appliquer ou non un appareil? Certains nous disent : « Je traite toutes les variétés possibles de fractures du péroné sans aucune espèce d'appareil. » D'autres s'écrient : « Il est de nécessité rigoureuse d'appliquer un appareil à toute fracture du péroné, sans distinction. »

Evidemment il y a exagération de part et d'autre. Il semble naturel de n'appliquer que deux sortes d'appareils lors qu'il y a peu ou pas de tendance au déplacement : c'est l'appareil amovo-inamovible pour les fractures par divulsion, ou bien une simple bande légèrement compressive lorsqu'il y a fracture par arrachement. Ces notions découlent de l'étude de cas nombreux. Le praticien peut considérer, d'une manière générale, que *toute fracture du péroné qui reste douloureuse* après les deux ou trois premiers massages, doit nécessiter l'emploi d'un appareil amovo-inamovible. Nous ne parlerons ici que pour mémoire de ces fameuses fractures en « coup de hache » dans la description desquelles se complaisaient les contemporains de Dupuytren : elles sont très rares. En tout cas elles nécessiteraient l'application rigoureuse d'un appareil inamovible, au moins pendant la première quinzaine du traitement.

Mais les moyens de contention à employer dans les cas ordinaires que nous décrivons ici, doivent permettre d'exécuter chaque jour le massage des *parties voisines* du trait de fracture. Le meilleur moyen auquel nous devons recourir, consiste à appliquer le classique appareil plâtré, que l'on aura soin d'établir de telle sorte qu'il puisse être enlevé aisément. Trois lacs munis de boucles rendent possible de replacer l'appareil sans qu'il soit nécessaire de faire soutenir la gouttière plâtrée par les mains d'un aide, comme cela serait inévitable

[1] Société médico-pratique, Novembre 1885. Recherches sur les modifications de la température locale sous l'influence du massage.

si l'on employait ces longues bandes roulées usitées dans nos hôpitaux. D'autre part, ces lacs sont aisément remis en place sans qu'on ait à redouter d'ébranler la région fracturée par la pose d'un appareil « à tours de bande ».

Si l'on admet ce fait, que la tendance au déplacement des fragments dans les fractures du péroné à son extrémité inférieure est l'exception, et, partant, que la douleur permanente est des plus rares, il en résulte que le nombre des cas justiciables de l'immobilisation rigoureuse et absolue dès les premiers temps du traitement se trouve singulièrement restreint.

Le premier sujet chez lequel, en 1884, je tentai de traiter une fracture du péroné par le massage, dès le premier jour de l'accident, avait été placé par moi dans un appareil plâtré exécuté *ad hoc* et que j'enlevais chaque jour pour effectuer le massage. Les Drs Love, Coupard et de Molènes assistèrent à ce premier essai d'une méthode que *j'inaugurais entièrement*. J'avais essayé, dès le quatrième jour du traitement, de supprimer tout appareil. Mais la malade le réclama avec insistance, se plaignant d'avoir éprouvé une douleur permanente dès le moment où l'appareil avait été enlevé. Pendant les treize jours que je jugeai devoir conserver l'appareil dans l'intervalle des massages, la douleur ne s'était pas reproduite. Le dix-septième jour la malade reprit ses occupations ordinaires, sans boiterie, sans raideur d'aucune sorte. Ce fut le premier cas traité de la sorte. On peut reconnaître que le résultat fut des plus favorables.

La plupart des malades supportent fort bien, lorsque la fracture n'est pas douloureuse (et le fait est habituel, dans la fracture dite *par arrachement*), de n'avoir d'autre moyen de contention de leur fracture qu'une simple bande de flanelle exerçant une légère compression sur un petit cylindre d'ouate en forme de croissant, qui emboîte dans sa concavité la malléole et le bord antérieur et postérieur de cette même extrémité du péroné. Cette précaution a pour utile effet d'empêcher la production de cette sorte de gonflement des parties molles périmalléolaires, qui s'observe chez les malades non traités par le massage ou qui n'ont eu que des bandages insuffisants.

On peut dire, à juste titre, que les malades auxquels on n'impose au premier jour qu'une immobilisation facultative, souffrent davantage que ceux auxquels on recommande de conserver l'attitude couchée, la jambe étendue horizontalement, le pied maintenu à angle droit et reposant sur des coussins un peu durs ou tout autre point d'appui résistant (la pointe du pied étant protégée contre la pression du drap, au moyen d'uu cerceau, etc.).

Le malade devra rester étendu sur une chaise longue ou un lit; il convient, de plus, d'interdire formellement la marche ou toute tentative de station debout avant le dix-septième jour. La pratique enseigne que c'est à partir de ce moment seulement, que le malade peut marcher sans qu'il y ait à craindre ce gonflement des parties molles périarticulaires observé d'ordinaire chez les malades qui ne se sont pas conformés à cette règle. Cet empâtement que l'on constatait si fréquemment jadis chez les sujets qui, non traités par le massage, étaient immobilisés pendant trente jours, a tendance à persister avec un caractère de chronicité; et l'on n'ignore pas qu'il peut être le siège de fongosités chez les sujets prédisposés.

L'application du bandage ouaté, légèrement compressif, est donc tout indiquée pour obvier à la production possible de ce gonflement. Notons, d'autre part, qu'il sera utile de comprimer de même façon le pourtour de la malléole interne, car il est fréquent de constater en même temps qu'une fracture du péroné, de la déchirure des ligaments tibio-astragaliens ou d'un point quelconque des ligaments calcanéo-scaphoïdiens. Le sang épanché dans cette région sous-malléolaire interne peut s'organiser en effet en néo-membrane végétante, aussi bien qu'il pourrait le faire à la suite de la rupture des ligaments latéraux externes : c'est ce que l'on observe chez les sujets porteurs de « vieilles entorses chroniques », résultat du trai-

tement par l'immobilisation trop prolongée, ou bien encore de l'emploi des divers procédés des empiriques rebouteurs et poseurs d'emplâtres, qui forment une légion sans cesse renouvelée.

Grâce à la compression méthodique exercée dès le début du traitement, et lorsqu'on se conforme aux règles énoncées ci-dessus, l'empâtement des tissus ne saurait se produire. On pourrait certainement employer dans une certaine mesure, chez les malades atteints de fracture du péroné, la compression élastique telle que P. Reclus l'a préconisée dans le traitement des entorses. Mais il importe que ce moyen ne soit utilisé qu'avec ménagement et seulement pendant de courts instants, chaque jour. Cette action ischémique si précieuse de la bande élastique ne saurait être en réalité mise en œuvre que chez les sujets dont la fracture est indolore. J'emploie, de préférence à la bande tout à fait élastique (*c'est-à-dire complètement en caoutchouc*), la bande en coton élastique, qui est par sa composition *faiblement élastique;* elle a l'avantage d'être maintenue en permanence et, de préférence, dans les cas où il est nécessaire de hâter la résorption d'un épanchement sanguin périmalléolaire. Cette bande en coton élastique est parfaitement tolérée, à la condition qu'elle soit modérément serrée ; elle n'a pas l'inconvénient, inhérent à la bande en caoutchouc, de provoquer une transpiration fétide et d'exercer une compression trop énergique. Il faut noter que chez certains sujets le sang qui s'est écoulé des surfaces fracturées, semble avoir pénétré dans les gaînes des tendons des muscles extenseurs et s'arrête en général au niveau du ligament annulaire dorsal; il existe alors une sorte d'hématome de forme ovoïde, à grand axe vertical, sur lequel il conviendra, après le massage, d'appliquer un épais tampon d'ouate bien fixé par une bande. Parfois aussi on peut avoir à s'occuper de maintenir dans sa situation primitive un tendon luxé. Ce dernier fait s'observe rarement, il est vrai (je ne l'ai observé que sur le tendon du long péronier), mais on ne doit pas oublier qu'il peut se produire.

Malgré l'opinion émise par certains de nos collègues, l'existence d'une entorse comme phénomène concomitant d'une fracture du péroné n'est pas la règle. On peut s'en rendre compte aisément en examinant soigneusement la région sous-malléolaire. Souvent en effet l'exploration des divers points sous-jacents à la cheville ne réveille aucune douleur, malgré qu'il y ait abondance de sang épanché dans les parties molles. Nous rappellerons que le diagnostic de la fracture du péroné s'impose si nettement dans la plupart des cas, qu'il est tout à fait inutile de rechercher la crépitation et la mobilité anormales.

C'est pour combattre aussi rapidement que possible l'infiltration des tissus périarticulaires par le sang épanché, qu'il importe d'exercer *aux environs* de la fracture et *non sur le trait de fracture* lui-même, le massage, aussi précocement que possible.

On conçoit en effet que dans les premiers moments qui suivent l'accident, le sang étant plus fluide, sa résorption sera d'autant facilitée grâce aux pressions méthodiques qui seront exercées à ce moment. Il est presque inutile de dire que le traitement massothérapique doit être exécuté par le médecin lui-même. Seul, en effet, il peut apprécier l'opportunité de telle ou telle manœuvre, fondée sur des connaissances anatomiques réelles, sur le plus ou moins de réaction des tissus, l'étendue à donner aux mouvements passifs d'extension et de flexion, nécessaires au bon fonctionnement ultérieur du membre. D'autre part, il n'est pas nécessaire d'exercer un massage de plus de *vingt minutes* en moyenne et *quotidiennement* Les massages de plus longue durée sont dangereux pour les jointures, qu'ils peuvent irriter : quand ils ne sont pas dangereux ils restent inutiles. Certains praticiens, qui du reste n'exercent la massothérapie eux-mêmes qu'accidentellement, font pétrir et masser les membres de leurs malades par des manœuvres pendant trois quarts d'heure et même plus !

C'est là une détestable et inutile pratique.

Certains opérateurs emploient durant ces manœuvres, suivant leurs préférences, soit de

la vaseline boriquée, soit de l'huile d'olives, soit encore de l'axonge ou tout autre produit plus ou moins onctueux. J'ai successivement expérimenté l'usage de chacun de ces produits. L'huile d'olives salit les vêtements du patient et les mains de l'opérateur. La vaseline boriquée est préférable, surtout chez les jeunes sujets ou les malades à peau délicate. J'emploie, dans la plupart des cas, de la fécule de pomme de terre qui a l'avantage d'être à la fois onctueuse et non salissante.

Dans la période qui précède le dix-septième jour, ainsi qu'on peut le constater au moyen de la main, chez la plupart des sujets, il existe au point fracturé une certaine élévation de la température locale, résultant probablement des phénomènes de vasodilatation liés sans aucun doute au processus de réparation de l'os. Lorsque cette date du dix-septième jour de traitement se trouve atteinte, la marche peut être permise *ad libitum* sans béquilles et sans canne; — il est bien entendu que notre malade, maintenu au repos jusqu'à cette époque, massé tous les jours, ne présentera, au moment que nous assignons comme devant fixer la terminaison du traitement, *aucun gonflement de la région périmalléolaire.*

Je crois devoir recommander, durant le traitement des fractures du péroné, lorsque la bande de flanelle a été appliquée, de faire maintenir la jambe du malade dans une sorte de boîte en bois ayant à peu près la forme d'une botte assez large. Des coussins cylindriques en balle d'avoine seront appliqués de chaque côté du membre, lequel reposera lui-même sur un coussin plat en balle d'avoine. Les bords supérieurs de la botte en bois, étant plus élevés que le plan correspondant à la face supérieure de la jambe étendue horizontalement, suffisent à protéger le membre fracturé, à la manière du meilleur cerceau.

Les muscles, grâce à cet appareil, sont ainsi maintenus dans un état de résolution parfaite, car la plante du pied repose sur le fond de la partie verticale de « la botte en bois ». Cet appareil, d'une grande simplicité, possède l'avantage de laisser du jeu à la mortaise péronéo-tibiale. Le malade peut donc exécuter à loisir les mouvements actifs de flexion et d'extension qu'on lui recommandera de faire dès le quatrième jour du traitement.

D'autre part, les orteils se trouvent absolument libres: ils peuvent donc être mobilisés à volonté et activement, pendant la période nécessaire à la réparation de l'os.

Le malade pourra enlever cet appareil la nuit et se coucher du côté *correspondant à la fracture* sans aucun inconvénient. Il devra toutefois conserver la bande de flanelle ou de coton élastique et l'appareil légèrement compressif dont nous avons parlé ci-dessus.

Contre-indications. — Elles sont peu nombreuses. Signalons l'existence d'une plaie au niveau de la fracture, la crainte d'une phlébite chez un sujet récemment entré en convalescence après phlébite, des dilatations variqueuses excessives, des phlyctènes (fait assez rare dans les fractures simple du péroné). Si la phlyctène est petite, rien n'empêche d'exercer le massage au-dessus et au-dessous de la poche.

Manuel opératoire. — Durant les premiers jours de massage, c'est de chaque côté du tendon d'Achille et de préférence sur les points où l'épanchement sanguin prédomine, qu'il faudra exercer le plus de pressions. Celles-ci seront principalement *rectilignes*, dirigées de l'extrémité du membre vers sa racine. Comme il s'agit de provoquer la résorption du sang épanché, on devra commencer par l'effleurage superficiel, lequel, contournant la malléole externe devra être dirigé un peu obliquement vers le creux poplité : il sera fait largement, *avec légèreté*, et suivra la direction de la saphène externe autant qu'il sera possible. On devra de même suivre le trajet de la saphène interne, de bas en haut jusqu'au pli inguinal. Il sera bon de passer une main au-dessous du tendon d'Achille, et de saisir délicatement entre le pouce et l'ensemble des doigts les parties molles qui entourent

ce tendon, tout en dirigeant la main de bas en haut par des pressions douces et répétées. Ainsi seront vidées de leur sang les veines qui avoisinent le tendon. Afin d'exercer sur les vaisseaux lymphatiques des pressions utiles à la résorption du sang épanché, il faudra :

1° Presser avec la main largement ouverte, à partir de la région postérieure de la malléole externe, d'abord verticalement, puis obliquement jusqu'à la partie interne du genou, tel est en effet le trajet des vaisseaux lymphatiques superficiels ;

2° Au moyen des pouces, exercer des mouvements ondulatoires alternatifs en imprimant à l'un des pouces un mouvement elliptique à grand axe vertical, tandis que l'autre pouce exécute une circonférence ; cela doit être fait en avant et en arrière de la malléole, mais on aura soin de *ne pas appuyer sur le point fracturé*. Ajoutons qu'un aide est tout à fait inutile. On devra appliquer simplement la face interne de la jambe du malade sur un coussin un peu résistant. Le coussin de sable préconisé par quelques opérateurs est inutile dans ce cas (les malades sont désagréablement impressionnés du reste par le sable, dont le contact est froid et dont la consistance est trop résistante) ;

3° Pratiquer la manœuvre dite du « foulage » avec les deux index, suivant les tendons de chaque côté de la malléole. On imprime aux extrémités des index un mouvement ondulatoire spécial, que j'ai décrit tout au long dans un ouvrage que j'ai publié récemment (1).

(Il conviendra d'exercer des pressions de même nature au-dessous de la malléole interne, s'il y a épanchement sanguin et douleur pouvant faire soupçonner l'existence d'une certaine déchirure du ligament latéral interne.)

4° Exercer de douces tractions sur le talon, afin de conserver au tendon d'Achille sa souplesse normale. On fera bien, afin de rendre ces tractions plus efficaces, de presser sur la face plantaire de l'avant-pied afin de fléchir doucement le pied à angle droit. Dans ces manœuvres il faut avoir soin d'incliner légèrement le pied de dehors en dedans en adduction, afin que l'effort porte exclusivement sur la partie tibiale de la mortaise.

5° Dès les premiers jours, le *pétrissage* des muscles du mollet pourra être pratiqué sans qu'il y ait lieu de soulever le membre malade ; avec les deux mains placées l'une au-dessous de l'autre, le membre fracturé reposant sur le plan du lit, le pétrissage peut être aisément exercé.

Les manœuvres de pétrissage « en anneau, en bracelet, transversalement dirigées », décrites avec quelque complaisance par certains auteurs, sont parfaitement inutiles ; elles pourraient, ajouterai-je, à cause de leur direction transversale déplacer, plus ou moins les fragments, principalement lorsqu'il s'agit de traiter une fracture par divulsion.

6° Il va sans dire que dans le courant du traitement, il sera utile de fléchir le genou assez fréquemment et de faire exécuter à la hanche ses mouvements fondamentaux ;

7° Les mouvements de flexion du pied seront exécutés d'abord passivement dans les premiers jours du traitement et deviendront actifs et passifs dans la suite ;

8° La marche devra être permise dès le dix-septième jour.

(1) *Manuel théorique et pratique de Massothérapie*. Rueff, éd.

TRAITEMENT DES BRONCHITES CHRONIQUES

Par le Dr G. LYON

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine [1].

La bronchite chronique est toujours une bronchite secondaire. Elle est en effet précédée d'une ou plusieurs poussées de bronchites aiguës, ou, lorsqu'elle revêt d'emblée le caractère de chronicité, elle frappe un individu déjà atteint d'une affection organique (emphysème, mal de Bright, cardiopathie, etc.), chez qui des troubles de la circulation pulmonaire préparent le terrain pour la culture des agents infectieux.

Il est utile de se rappeler, d'autre part, que la bronchite aiguë ne passe à l'état chronique que chez un certain nombre d'individus que l'on peut tous rattacher à la famille des neuro-arthritiques (goutteux, obèses, etc.).

Il importe enfin de rechercher chez les malades atteints de bronchite chronique s'il n'existe pas simultanément quelque affection chronique du nez et du pharynx susceptible d'entretenir la bronchite. Il suffit parfois de traiter ces lésions pour voir du même coup la bronchite s'amender.

On doit donc tenir compte, dans le traitement de la bronchite chronique, à la fois du terrain sur lequel elle se greffe et des diverses manifestations morbides locales qui peuvent coexister avec elle.

Depuis Laënnec on distingue plusieurs variétés dans la bronchite chronique : la forme *sèche* et la forme *humide;* cette dernière est tantôt *muqueuse* (catarrhe pituiteux de Laënnec), tantôt *purulente* ; la sécrétion purulente peut encore revêtir passagèrement le caractère *putride* (bronchite putride). Enfin la bronchite peut être *pseudo-membraneuse.*

Il existe une autre variété de bronchite, différente des précédentes par sa localisation ; c'est la trachéite chronique, récemment étudiée par Lubet-Barbon et Nicaise. Elle s'observe surtout à la suite des affections du nez, du pharynx ou du larynx ; quelquefois elle prend les caractères spéciaux de la rhinite qu'elle accompagne; ainsi Massei, B. Frænkel et Luc ont cité des cas d'ozène trachéal consécutif à l'ozène nasal. La trachéite se reconnaît à l'absence de phénomènes sthétoscopiques, à la toux persistante avec timbre spécial (timbre de chaudron fêlé), à la douleur rétro-sternale, etc.

A. — Traitement de la bronchite chronique chez les adultes.

I. — Forme commune

Le traitement de la bronchite chronique est des plus malaisés à poursuivre, car la médication doit varier pour ainsi dire suivant chaque sujet.

Il comporte plusieurs indications que l'on peut classer ainsi :

1° Modifier la muqueuse bronchique et par suite les sécrétions ; combattre l'élément congestif ;

2° Faciliter l'expectoration ;

3° Calmer la toux et l'élément spasmodique ;

4° Traiter l'état général et prescrire une hygiène convenable au malade.

(1) G. Lyon. *Traité élémentaire de Clinique thérapeutique.* 2e édition. Masson éditeur, Paris, 1897.

1° Les agents qui modifient les sécrétions bronchiques sont ceux qui, après absorption, s'éliminent par les voies respiratoires; ce sont, pour la plupart, des balsamiques, des gommes-résines, des plantes à huile essentielle; à cette liste s'ajoutent les sulfureux, les iodures.

Parmi les premières substances, il faut citer particulièrement le *goudron*, le *baume de tolu*, le *benjoin*, la *térébenthine* et la *terpine*, l'*eucalyptol*, la *créosote*, etc. Toutes ont un inconvénient commun, inhérent à leur emploi prolongé, c'est l'action irritante qu'elles exercent sur l'estomac.

Le copahu, bien que très rarement employé, en raison de sa mauvaise réputation, est cependant très efficace; il agit par son essence qui s'élimine par la muqueuse respiratoire, tandis que la résine est excrétée par les reins. Dujardin-Beaumetz recommande de l'associer au goudron, pour éviter, dans une certaine mesure, les rapports nidoreux qu'il occasionne. Dujardin-Beaumetz prescrivait chaque jour 4 à 8 capsules contenant chacune 50 centigrammes d'un mélange à parties égales, de copahu et de goudron.

La térébenthine était très employée (en capsules de 25 centigrammes, 6 à 8 par jour) avant que la terpine l'eût détrônée. La terpine est un excellent médicament dont l'efficacité est aujourd'hui bien établie et que nous employons de préférence.

La créosote rend des services dans le traitement de la bronchite chronique; malheureusement c'est de tous les médicaments de la bronchite celui qui exerce sur l'estomac l'action la plus irritante; or il importe que les malades atteints de bronchite chronique s'alimentent, pour échapper au bacille de Koch qui se greffe si facilement sur une muqueuse déjà lésée.

Les balsamiques s'emploient surtout à l'intérieur, mais ils sont aussi fort utiles en inhalations. Les malades font deux fois par jour des inhalations avec des vapeurs d'eau additionnée de teinture de benjoin ou d'eucalyptus, ou d'essence de térébenthine (une cuillerée à café par casserole d'eau).

Voici quelques formules relatives à l'emploi, à l'intérieur, des médicaments précédemment énumérés :

Goudron	5 grammes.
Baume de tolu	5 —
Benzoate de soude	4 —

Pour 40 pilules, 4 par jour.

Térébenthine de mélèze	2 grammes.
Goudron	2 —
Baume de tolu	6 —
Benzoate de soude	Q. S.

Pour 80 pilules, 6 à 8 par jour.

Terpinol	ãã 10 centigrammes.
Benzoate de soude	
Sucre	Q. S.

Pour 1 pilule, 6 à 12 par jour.

Terpine	5 grammes.
Eau-de-vie	75 —
Sirop diacode	ãã 100 —
Sirop de tolu	

2 à 3 cuillerées à bouche par jour.

ou :

Terpine	5 grammes.
Glycérine à 30°	ãã 70 —
Alcool à 95°	
Sirop simple	

Mêmes doses.

L'eucalyptol se prescrit en capsules (6 à 10 par jour). L'eucalyptol est préférable à la térébenthine qui peut déterminer des troubles digestifs et surtout des lésions rénales; on réservera cette dernière pour les inhalations.

Le benjoin, à la dose de 2 grammes en teinture, donne de très bons résultats :

Teinture de benjoin	1 à 2 grammes.
Teinture de cannelle	10 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	40 —
Vin de Banyuls	110 —

Mais il vaut mieux employer l'acide benzoïque. Nous associons habituellement la terpine, l'acide benzoïque et la poudre thébaïque de la façon suivante :

Terpine	ãã	0 gr. 10.
Acide benzoïque pur		
Poudre thébaïque		0 gr. 01.

Pour 1 pilule, en prendre 4 à 6 par jour.

La créosote se donne en pilules :

Créosote	8 grammes.
Savon amygdalin	Q. S.

Pour 80 pilules, 8 à 10 par jour.

La forme pilulaire est de beaucoup la meilleure; les vins créosotés, qui ne sont d'ailleurs plus employés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, ont le grand inconvénient de provoquer des troubles digestifs.

Les *sulfureux* agissent par leur hydrogène sulfuré qui s'élimine au niveau de la muqueuse bronchique ; les préparations artificielles de soufre sont inférieures aux eaux sulfureuses naturelles, dont nous parlerons ultérieurement ; les eaux transportées s'emploient en boissons et en inhalations.

Pour les inhalations on emploie surtout les eaux de Challes, Enghien, Labassère. En boissons on donnera l'eau d'Eaux-Bonnes ou l'eau de Challes à la dose de deux cuillerées à bouche dans du lait écrémé.

Les sulfureux congestionnent la muqueuse bronchique; aussi ne faut-il les employer qu'à la période de déclin de la bronchite, quand la sécrétion résiste aux balsamiques. « Ils agissent à la façon des cautérisations sur les plaies atones. Ils forcent les vaisseaux de la muqueuse bronchique parcourant un tissu conjonctif modifié par l'œdème chronique à abandonner leur mode de circulation torpide, à caractère veineux dominant, pour un régime de pleine et active circulation ». (Renaut.)

Les *iodures* sont surtout efficaces dans la bronchite des emphysémateux, des artério-scléreux. L'iodure fluidifie les sécrétions et en facilite le rejet ; mais il a des inconvénients que l'on ne peut toujours éviter ; il supprime l'appétit, il détermine souvent l'intolérance (phénomènes d'iodisme) ; aussi faut-il le manier prudemment. Il est bon d'en interrompre souvent l'usage, de le donner, par exemple, pendant trois ou quatre jours de suite, puis de le reprendre seulement au bout d'un laps de temps égal ; la dose utile varie de 20 centigrammes à 1 gramme *pro die*. Il est avantageux de l'associer à de l'extrait thébaïque ou à la belladone.

On prescrit par exemple :

Eau distillée	200 grammes.
Iodure de potassium	2 à 10 —

Dont on fait prendre une cuillerée à bouche le matin dans du lait.

ou :

Eau distillée		300 grammes.
Iodure de potassium		10 à 20 —
Extrait de jusquiame	ãã	10 centigrammes.
— de belladone		

Une cuillerée à bouche le soir, au coucher, quand le malade a des paroxysmes de dyspnée nocturne.

Ou bien encore :

Iodure de potassium	20 grammes.
Sirop de bourgeons de sapin	150 —
— diacode	200 —
— de térébenthine	100 —

Une cuillerée à bouche avant chaque repas.

Pour combattre l'élément congestif, on peut faire usage de l'*ergotine* et de l'*ipéca* à faibles doses. M. Renaut (de Lyon) fait prendre la terpine pendant les quatre premiers jours de la semaine, et pendant les trois derniers jours l'ergotine et l'ipéca. L'ergotine est administrée en suppositoire :

Beurre de cacao	Q. S.
Ergotine Bonjean	0 gr. 30.
Poudre d'opium brut	0 gr. 08 à 0 gr. 10.
Extrait de jusquiame	0 gr. 01.

Pour un suppositoire, à introduire chaque soir dans le rectum.

Quant à l'ipéca, il est donné en sirop composé :

Sirop de gomme	âà 100 grammes.
Sirop de tolu	
Sirop d'ipéca	15 —

4 cuillerées à bouche par jour dans une infusion chaude.

A l'aide des médications balsamiques et vaso-constrictives alternantes, on exerce une action efficace sur les glandes et sur les muscles lisses des bronches.

2° La médication expectorante a ses indications, mais il convient de ne pas faire abus des vomitifs.

Au début du traitement le vomitif est parfois utile ; on prescrit l'*ipéca*. D'autre part, quand la congestion pulmonaire accompagne la bronchite et que le malade est un homme vigoureux, on peut prescrire pendant un ou deux jours le *tartre stibié*, à doses fractionnées.

Julep gommeux	120 grammes.
Tartre stibié	10 centigrammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Chez les individus âgés on emploie plutôt le *kermès*, la *scille*, le *polygala*.

Voici quelques formules relatives à l'emploi des expectorants.

Opium pulvérisé	âà 50 centigrammes.
Poudre d'ipéca	
Extrait de jusquiame	1 gramme.
Chlorydrate d'ammoniaque	3 grammes.

Pour 50 pilules, 4 par jour.

Le tartre stibié s'emploie en potion à la dose de 5 à 10 centigrammes.

Infusion de polygala	100 grammes.
Sirop de menthe	30 —
Eau de fleurs d'oranger	20 —
Tartre stibié	5 centigrammes.

Par cuillerée a bouche toutes les deux heures.

La scille s'emploie seule ou associée à l'ipéca :

Poudre de Dower	âà 3 grammes.
Poudre de scille	
Poudre d'eucalyptus	*ad libitum.*

Pour 30 cachets; 3 par jour.

3° Pour calmer la toux, on a recours aux mêmes médicaments que dans la bronchite aiguë, c'est-à-dire à l'*opium*, la *belladone*, l'*aconit*, l'*eau de laurier-cerise*. Dans certaines formes (catarrhe sec), les *bromures* sont parfois utiles.

Sirop d'écorces d'oranges.	ãã 60 grammes.
Sirop de punch.	
Sirop diacode.	
Bromure de strontium	6 —

Prendre chaque soir une cuillerée de ce sirop (Renaut).

Les pulvérisations agissent également sur la toux; on pulvérisera de l'eau additionnée de feuilles d'eucalyptus ou d'essence de thym.

4° Le traitement général et hygiénique ne doit jamais être négligé. S'il convient de prémunir les malades contre l'impression du froid humide, les variations de température, il faut aussi s'efforcer de les aguerrir par les *frictions* sèches ou alcooliques et même par l'*hydrothérapie* (affusions froides sur le thorax).

Ceux que leur situation rend indépendants, devront passer l'hiver sous un climat tempéré, dans l'une des stations méditerranéennes suivantes (Hyères, Cannes, Saint-Raphaël), ou bien à Pau, à Dax, Arcachon. En été, ils gagneront les stations d'altitude modérée, qui avoisinent le lac de Genève. Le séjour au bord de la mer ne convient pas aux bronchitiques.

Il importe que les malades consacrent quelques heures à la marche, tout en évitant les fatigues excessives; ils doivent éviter les milieux où l'air est confiné, rempli de poussière ou saturé de fumée de tabac.

On a recommandé récemment l'*aérothérapie*. On se sert des appareils de Waldenburg et de Dupont qui permettent au malade d'inspirer dans l'air comprimé et d'expirer dans l'air raréfié ; le courant aérien facilite l'expectoration et permet aux bronches de reprendre leur élasticité.

Les agents de la médication générale varient suivant l'état constitutionnel des sujets. Aux scrofulo-tuberculeux conviennent l'*iodure de fer*, l'*huile de foie de morue*, les *amers*, le *quinquina*.

Chez les neuro-arthritiques, l'*arsenic* sous forme de liqueur de Fowler ou d'eau de la Bourboule est particulièrement indiqué.

Chez les arthritiques dyspeptiques, il faut rétablir le bon fonctionnement de l'estomac à l'aide du *régime* et des *alcalins*.

Chez les emphysémateux, l'*iodure de potassium* sera administré dans l'intervalle des poussées de bronchite.

Chez les albuminuriques, il faut être très réservé dans l'emploi des baumes qui irritent le rein ; on insistera sur la médication toni-cardiaque (digitale, caféine) ; on donnera l'opium à petites doses.

Le *traitement thermal* a toujours joué un grand rôle dans le traitement de la bronchite chronique. Les eaux sulfureuses sont indiquées chez les malades à réactions faibles, à bronchites torpides.

Les Eaux-Bonnes, Cauterets, Saint-Honoré, Barèges, Challes, Bagnères-de-Luchon, Saint-Gervais, Uriage, Amélie-les-Bains sont les stations les plus fréquentées. La dernière a l'avantage d'être une station d'hiver.

Les eaux arsenicales (Bourboule, Mont-Dore) sont utiles dans le catarrhe sec, dans les formes congestives des arthritiques. Royat est également indiqué en pareil cas.

II. — Catarrhe sec

Le catarrhe sec de Laënnec a d'étroites relations avec l'asthme qui le précède ou l'accompagne ; il paraît lié à un état congestif de la muqueuse bronchique, état très mobile, mais très sujet à récidive.

Le symptôme le plus pénible pour les malades est la toux quinteuse et sèche qui provoque chez eux des efforts incessants et aboutit parfois à l'expectoration de petits globules muqueux, perlés.

On calme la toux à l'aide des inhalations de vapeur d'eau chargée de benjoin et à l'aide de l'aconit, de la belladone, etc.

De toutes les préparations opiacées la *codéine* est celle que l'on peut employer le plus longtemps, sans inconvénient, parce qu'elle nuit moins aux fonctions digestives que la morphine ou l'extrait thébaïque.

Barth prescrit :

Teinture de jusquiame . . . . . } ãã 15 grammes.
— de racines d'aconit. . . . . }
Codéine. . . . . 60 centigrammes.

V à X gouttes, toutes les six heures. X gouttes de cette teinture renferment environ un centigramme de codéine.

Le catarrhe sec se complique tôt ou tard d'emphysème, aussi l'*iodure de potassium* est-il bientôt indiqué. Les eaux du *Mont-Dore* améliorent notablement l'état des malades ; par contre, les eaux sulfureuses sont contre-indiquées.

III. — Bronchorrhée séreuse

La bronchorrée séreuse est très rare ; elle s'observe surtout chez les neuro-arthritiques héréditaires ; elle est assez rebelle à la thérapeutique ; les médicaments antisécréteurs que l'on emploie habituellement sont la *belladone*, la *jusquiame*.

On peut aussi donner, à titre de médicament agissant sur les vaso-moteurs, l'*ergot de seigle* ou mieux l'ergotine d'Yvon ou l'ergotinine de Tanret ; cette dernière à la dose de III à V gouttes, répétée matin et soir.

L'*arsenic* doit être donné à petites doses pendant longtemps, soit en solution ou sous forme de liqueur de Fowler, soit sous forme d'eau minérale (un quart de verre d'eau de la Bourboule), à chaque repas.

IV. — Trachéite chronique

Dans la trachéite chronique le seul traitement efficace est le traitement local. Lubet-Barbon et A. Martin ont conseillé les inhalations de *vapeurs de menthol* (*Annales de laryngologie*, 1892). Ils se servent d'un flacon à deux tubulures, contenant des cristaux de menthol. Celui-ci se résout en vapeurs à 45° ; il suffit donc de plonger la partie inférieure du flacon dans de l'eau chaude pour obtenir des vapeurs de menthol que le malade respire par un embout de verre qu'un tube de caoutchouc relie à l'une des tubulures. Chaque séance comporte cinq ou six inspirations et peut être renouvelée toutes les trois ou quatre heures.

Dans les cas anciens on pratique des injections intra-trachéales d'huile mentholée (à 5 ou 10 p. 100) à l'aide d'une seringue munie d'une canule très allongée, mince et recourbée ; on injecte chaque fois quelques gouttes de la solution huileuse.

V. — Bronchite putride

Le traitement de la bronchite putride et des expectorations fétides en général se résume en ces deux indications fondamentales : évacuer les sécrétions et en empêcher la reproduction au moyen des antiseptiques qui s'éliminent par la muqueuse respiratoire.

On a cherché à modifier directement la muqueuse bronchique par les inhalations d'*essence de térébenthine*, d'*essence d'eucalyptus*, d'*acide phénique*, de *créosote*, etc.

a)	Créosote de goudron de hêtre	10 grammes.
	Alcool	200 —
	Glycérine	20 —
	Eau	770 —
b)	Acide phénique	5 grammes.
	Acide thymique	1 —
	Alcool à 90°	20 —
	Eau	1.000 —

(C. Paul.)

Ces inhalations se font à l'aide d'un flacon muni de deux trous que traversent deux tubes de verre, dont l'un plonge jusqu'au fond du flacon qui est à moitié rempli de la solution, et dont l'autre ne pénètre que de un ou deux centimètres dans le flacon ; il est muni, à son extrémité libre, d'un tube de caoutchouc que le malade place dans sa bouche. L'air aspiré par ce tube a pénétré par l'autre tube, et a pu barboter dans le liquide médicamenteux.

Les inhalations d'*oxygène* sont fort utiles ; Barth conseille de faire inhaler trois fois par jour 10 à 20 litres d'oxygène avec l'appareil Limousin, dont le flacon laveur renfermera, outre la quantité habituelle d'eau de chaux, 20 grammes d'essence de térébenthine. Bien que ces inhalations produisent une amélioration incontestable, elles ne suffisent pas à elles seules à déterminer la guérison, car la substance médicamenteuse ne pénètre pas profondément dans les voies respiratoires. Afin de faire pénétrer l'agent médicamenteux jusque dans les dernières ramifications bronchiques, MM. Tapret et G. Sée ont eu l'idée de faire respirer le malade dans une atmosphère artificielle sous pression. Le malade est enfermé dans une chambre métallique hermétiquement close, et lentement on fait pénétrer dans cette chambre de l'air comprimé qui vient de barboter dans un mélange de créosote et d'eucalyptol. Cette méthode n'a qu'un inconvénient, c'est de n'avoir pu encore être rendue assez pratique pour se généraliser.

Un moyen plus efficace est l'*injection sous-cutanée d'eucalyptol :*

Eucalyptol	20 grammes.
Vaseline liquide	80 —

Injecter 5 à 10 centimètres cubes.

On a d'autre part donné par la bouche le *benjoin* sous forme de teinture (1 à 2 grammes), l'*alcoolature d'eucalyptus* (2 à 4 grammes), ou l'*eucalyptol* (0,50 à 2 grammes en perles), la *térébenthine* (2 à 6 grammes en capsules), la *terpine* (0,50 à 1 gramme en pilules ou potion alcoolisée).

Le *myrtol* a été particulièrement vanté par Eichorst qui prescrit toutes les deux heures deux ou trois capsules de 15 centigrammes de myrtol. Da Costa a préconisé l'*huile de santal* à la dose de V gouttes quatre fois par jour.

***

Les *hyposulfites* ont été souvent employés (Lancereaux, Leviez, Polli), à la dose de 4 à 5 grammes par jour.

Hyposulfite	4 à 5 grammes.
Julep gommeux	120 —
Sirop d'eucalyptus	30 —

Ainsi que le *phénate de soude* (M. Lancereaux).

En dépit de cette apparente richesse de traitements, la bronchite fétide est une affection souvent rebelle, parce qu'elle coïncide dans un grand nombre de cas avec la dilatation ou tout au moins la perte de tonicité des bronches, et que les produits de sécrétion bronchique sont exposés perpétuellement à stagner dans les bronches et à s'y putréfier.

Dans certaines bronchites chroniques de causes diverses (emphysème, tuberculose, mal de Bright, etc.) les crachats peuvent prendre subitement une coloration due à une infection secondaire par un microorganisme, le *bacillus virescens* de Frick ; bien que cette coloration des crachats n'implique aucune conséquence fâcheuse, il est bon de savoir que l'on peut la faire disparaître très rapidement en donnant aux malades une potion contenant de l'*acide borique* (1 gramme), ainsi que l'ont montré MM. Combemale et François.

VI. — Bronchites pseudo-membraneuses

Les bronchites pseudo-membraneuses peuvent être *aiguës* ou *chroniques*. Les premières surviennent dans le cours de la diphtérie et les fausses membranes expectorées présentent alors la constitution histologique de toutes les fausses membranes diphtériques, quelle que soit leur localisation ; elles peuvent survenir encore dans le cours de la pneumonie et surtout de la pneumonie massive, ou bien de la tuberculose pulmonaire ; enfin elles peuvent survenir primitivement. Les bronchites aiguës pseudo-membraneuses non diphtériques paraissent dues le plus souvent, sinon toujours, au pneumocoque, qui possède avec d'autres microorganismes la propriété de produire des fausses membranes en certaines circonstances ; ces fausses membranes sont fibrineuses comme celles de la diphtérie. Contre la bronchite pseudo-membraneuse due au microbe de Löffler un seul traitement s'impose : l'*injection de sérum ;* on sait que l'un des effets les plus saisissants du sérum est de provoquer le détachement des fausses membranes. Quant aux autres bronchites aiguës pseudo-membraneuses, elles guérissent habituellement au bout d'un temps relativement court, la virulence du pneumocoque s'atténuant rapidement.

Les bronchites pseudo-membraneuses chroniques peuvent être primitives ou survenir au cours de la bronchite chronique liée à l'emphysème, ou de la tuberculose pulmonaire ; elles se distinguent anatomiquement des précédentes par la composition des fausses membranes qui sont formées à peu près exclusivement par de la mucine, alors que celles de la diphtérie ou de la pneumonie sont fibrineuses ; elles présentent une évolution apyrétique interrompue par des poussées fébriles survenant irrégulièrement et à longs intervalles. Leur origine microbienne ne saurait être mise en doute aujourd'hui, mais leur étude bactériologique est encore à faire. Dans un cas récent, Claisse a pu attribuer au streptocoque la production des fausses membranes et s'est appuyé sur la constatation de ce fait, pour instituer un traitement pathogénique qui a paru donner de bons résultats.

Jusqu'ici on a essayé de nombreux traitements qui ne pouvaient être que palliatifs ; on a employé les expectorants, les balsamiques, les inhalations de vapeur d'eau, le calomel, etc., tous moyens destinés à faciliter le décollement des fausses membranes. Un seul médicament paraît doué d'une réelle efficacité, c'est l'*iodure de potassium*. Sous l'influence

de ce sel, donné à la dose quotidienne d'un à deux grammes, les malades expectorent des pelotons de fausses membranes ramifiées et éprouvent alors un grand soulagement : une accalmie se produit, qui peut durer longtemps, mais fait toujours place à de nouveaux paroxysmes.

Claisse a eu l'idée d'employer le *sérum antistreptococcique* pour arrêter la production des fausses membranes. Neuf injections de 10 centigrammes chacune furent faites par lui à sa malade dans l'espace de deux mois environ. Les premières injections déterminèrent le rejet de grandes quantités de fausses membranes, ainsi qu'une légère réaction fébrile; puis la malade entra dans une période de calme et accusa une amélioration caractérisée par l'absence de toux, d'oppression, d'expectoration, amélioration qu'elle n'avait pas ressentie jusqu'alors. La sérothérapie serait donc un moyen très efficace d'arrêter la production des fausses membranes. Toutefois des observations ultérieures sont nécessaires pour la confirmation de ce fait ; en tout cas, on ne saurait dire que ce traitement convient à tous les cas de bronchite membraneuse chronique, rien ne permettant de conclure que toutes les bronchites membraneuses chroniques relèvent de l'infection streptococcique. Peut-être, parmi celles-ci comme parmi les formes aiguës, existe-t-il plusieurs catégories dues à différentes espèces microbiennes.

B. — Bronchite chronique chez l'enfant.

La bronchite chronique est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte ; elle peut succéder à la bronchite aiguë (bronchite dite *a frigore*, bronchite de la coqueluche, de la rougeole) ; mais ce passage à l'état chronique est favorisé par toutes les causes de débilitation (misère et mauvaise alimentation, syphilis héréditaire, scrofule) ; M. Comby insiste sur ce point. D'autre part le rachitisme, les lésions naso-pharyngées chroniques (végétations adénoïdes, rhinite hypertrophique) contribuent à entretenir la chronicité de la bronchite ; il y a de ce dernir chef une indication thérapeutique importante.

Le traitement général par l'*huile de foie de morue*, le *sirop iodotannique*, l'*arsenic* est plus efficace dans la bronchite chronique des enfants que le traitement de la bronchite elle-même. Le séjour à la campagne est toujours indiqué.

On peut prescrire l'arsenic associé au sirop de quinquina.

Sirop de quinquina	150 grammes.
Arséniate de soude	5 centigrammes.

Une cuillerée à café deux fois par jour.

Comme modificateurs de l'état local, on emploie la *terpine*, la *créosote*, la *teinture d'eucalyptus* :

Créosote	50 centigr. à 1 gr.
Alcool à 90°	10 grammes.
Vin de Banyuls	110 —

Une ou deux cuillerées à entremets par jour, avant les repas, aux jeunes enfants (Barth).

Aux enfants plus âgés on peut donner l'huile de foie de morue créosotée.

Teinture d'eucalyptus	2 grammes.
Sirop de polygala	15 —
Infusion d'hysope	110 —

Par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures (R. Blache).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 janvier 1897. — PRÉSIDENCE DE M. JOSIAS

M. MATHIEU revient sur la communication de M. BARDET, lue à la dernière séance, et ayant trait aux *crises paroxystiques des hyperchlorhydriques*. M. Bardet n'a pas indiqué par quelle technique il était arrivé au diagnostic d'hyperchlorhydrie chez ses malades; en outre, les règles émises par M. Bardet ne s'appliquent pas à tous les malades de ce genre, et on risquerait d'éprouver des désillusions si on se fiait à l'efficacité de la thérapeutique qu'il a proposée. L'orateur est d'accord avec M. Bardet au point de vue du danger qu'il y a à prescrire une médication trop active (opiacés, bromures, alcalins à haute dose, etc.). L'hyperchlorhydrie, fait chimique, ne connaît qu'une indication : réduire l'excitabilité anormale de la muqueuse.

L'orateur classe en six variétés les hyperchlorhydriques : 1° l'*hyperchlorhydrie latente*, se présentant chez des individus qui se portent très bien et digèrent admirablement; elle doit être respectée; 2° l'*hyperchlorhydrie avec crises gastriques*. Là, le système nerveux crée la crise, qui pourra même se montrer chez des hypochlorhydriques (crises préataxiques, migraineuses, etc.). Ici, l'injection de morphine constitue le seul traitement; 3° l'*hyperchlorhydrie discontinue, à paroxysmes douloureux éloignés*. Sous l'influence d'excès, de mets irritants, de fatigue, le malade devient momentanément hyperchlorhydrique et un régime peu irritant, l'administration de quelques alcalins donneront ici d'excellents résultats; 4° l'*hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes quotidiens*, forme très fréquente; les malades souffrent à l'occasion de l'injection d'aliments ou lorsqu'ils ont faim. Les crises viennent quelques heures après le repas, au milieu de la nuit, souvent. Ici, un régime peu excitant et des alcalins, *donnés au moment où va commencer une crise douloureuse*, seront indiqués : à chaque nouvelle crise, on recourra à nouveau aux alcalins : *l'heure d'administration de cette classe de médicaments est plus importante que la quantité ou la nature du remède choisi*. Tous les malades de cette catégorie ne sont pas justiciables de la thérapeutique préconisée par M. Bardet, bien moins encore les malades de la cinquième catégorie, l'*hyperchlorhydrie continue avec stase*. Dans ces cas existe un spasme du pylore, de même que dans la sixième catégorie, l'*hyperchlorhydrie avec ulcère en activité*. La théorie du spasme pylorique trouve sa démonstration dans le fait que la gastro-entérostomie, en supprimant l'obstacle pylorique, guérit les malades de tous leurs accidents. Un liquide acide, stagnant dans l'estomac, excite ce dernier à une hypersécrétion nouvelle. Ici, il n'y a plus qu'une indication, la sonde ou la gastro-entérostomie. La sonde sera introduite tous les matins, mais seulement dans le but d'*évacuer le liquide stagnant;* on ne fera des lavages (qui souvent excitent la muqueuse à une hypersécrétion nouvelle), que de temps en temps. Les malades de la sixième catégorie seront traités par le sous-nitrate de bismuth à doses massives.

L'orateur tient à défendre le lait, dont l'usage ne doit pas être prolongé, mais qui rend de grands services si on le prend à petites gorgées (1/2 ou 1/3 de litre toutes les trois heures).

S'il faut saturer, à un moment donné, l'excès d'acide chlorhydrique, la craie sera très utile, car elle agit à faible dose, ne provoque pas d'alcalinité du suc gastrique et ne se dissout qu'au fur et à mesure de la production d'acide en excès. Le bicarbonate de soude ne mérite pas non plus les attaques dont il a été souvent l'objet.

M. LEGENDRE, comme M. Bardet et M. Mathieu, est d'avis d'être très sobre de médicaments dans les gastropathies. Il regrette que M. Bardet ait introduit dans la discussion un mot nouveau, *hypersthénie*, dont le sens très vague ne peut qu'égarer. Par contre, il y a un élément dont il faut tenir compte et qu'on néglige ici, c'est l'*hyperesthésie* de la muqueuse, fait très clair et bien établi. Un des meilleurs moyens d'y remédier est de prescrire le repos complet, physique et intellectuel, après le repas. Certains malades guérissent de leurs douleurs gastriques dès qu'ils partent en vacances : M. Hayem est allé jusqu'à prescrire le repos au lit un mois durant. La douche tiède rendra encore ici de très grands services.

M. BARDET répond que le mot *hypersthénie* est de M. Albert Robin, et qu'il lui plaît précisément par son sens vague qui n'implique pas de suite une thérapeutique toute faite comme le mot hyperchlorhydrie ou hyperpepsie. En réalité on a voulu voir des catégories de malades là où il n'y a que des états successifs ou alternants, que le même malade présente tour à tour. M. Bardet a employé, pour l'appréciation de l'acidité, l'examen des vomissements, n'ayant qu'une médiocre confiance dans la méthode du repas d'épreuve qui a pu, dans certaines circonstances faire conclure à de l'hypochlorhydrie (à la suite de crises ayant épuisé l'organe), même chez les hyperchlorhydriques.

En résumé, il constate que tout le monde est d'accord pour recommander beaucoup de discrétion dans l'emploi des médicaments contre l'hyperchlorhydrie.

M. VIGIER présente une note de M. Carles, de Bordeaux, *sur l'emploi du vin rouge ou du vin blanc dans l'alimentation*.

M. BOVET lit une observation de *pyonéphrite purulente aiguë guérie par les injections de sérum artificiel*. La dose administrée atteignit jusqu'à 2,000 grammes le même jour. E. VOGT.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la gibbosité du mal de Pott, par M. CALOT. (*Académie de Médecine*, 22 décembre 1896.) — On a préconisé dans ces dernières années l'intervention directe sur le foyer de la tuberculose vertébrale par une opération sanglante, dans le but de faire disparaître la paralysie et les accidents divers qui viennent compliquer la maladie, sans espérer toutefois jusqu'à ce jour parvenir à la cure radicale des lésions. (Hadra, Chipault.) M. Calot (de Berck) vient de communiquer à l'Académie un nouveau travail sur ce sujet, avec présentation de malades qui ont été photographiés avant et après le traitement. L'auteur déclare, d'après 87 observations, que les enfants peuvent être guéris par le redressement de la gibbosité, obtenu par de simples manœuvres externes. Il réserve aux seuls cas rebelles une opération sanglante, ayant pour but de réséquer un coin osseux en arrière de la moelle, afin de permettre à la colonne vertébrale de se redresser. Cette *résection cunéiforme du rachis* ne permet le redressement que grâce à la section des corps vertébraux, faite avec un ciseau à froid très étroit, en avant de la moelle, et à la résection des côtes correspondantes. Les deux segments peuvent après cela pivoter l'un sur l'autre jusqu'au contact parfait des lèvres de la résection postérieure, dont la base est en arrière.

Quant à la *manœuvre de redressement*, elle s'applique aux bosses petites et moyennes, sans le concours de la résection. Pour l'exécuter, l'enfant étant couché sur le ventre, deux aides tirent sur les deux extrémités du tronc, en les reportant en arrière. Pendant ce temps, le chirurgien presse, sans craindre d'employer toute sa force, avec ses deux mains appliquées directement sur la bosse. Les segments rachidiens se désengrènent, en produisant des craquements, les vertèbres glissent les unes sur les autres et après une ou deux minutes, la bosse est effacée et parfois même remplacée par un creux.

Il faut parfois faire, avant de commencer, l'ablation des apophyses épineuses saillantes pour éviter les escharres. Une fois le résultat acquis, le point capital consiste à le maintenir. M. Calot y arrive avec un grand appareil plâtré circulaire, qui comprend en haut la tête, et en bas la ceinture pelvienne. Le séjour au lit est de cinq à neuf mois, après quoi l'enfant peut marcher avec un corset. A part quelques abcès, le traitement a donné à son auteur, sans qu'il se soit jamais produit autre chose, du côté de la moelle que la disparition de paralysies préexistantes, une grande majorité de guérisons complètes, sans difformité, et des améliorations surprenantes dans les cas qui n'ont pas été complètement guéris.

L'action thérapeutique du nouveau traitement se résume en deux mots, suivant M. Calot : *décompression et immobilisation*.

AUG. BENOIT.

De la coxalgie au début; un signe nouveau, par L. ALEXANDROFF. (*Dietzkaia Meditzina*, 1896, n° 5.) — Suivant ce chirurgien, il faut tenir compte de deux signes principaux pour le diagnostic de la coxalgie au début : l'atrophie des muscles et *l'hypertrophie de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée*. C'est ce dernier signe auquel il attribue une grande valeur au point de vue du diagnostic précoce, car il existe alors que les autres symptômes manquent, et suffirait à lui seul pour caractériser l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche. Pour apprécier ce trouble trophique, dont l'absence permet de rejeter le diagnostic de coxalgie, il faut rechercher l'épaisseur du *pli cutané* aussi bien à la cuisse et à la fesse, qu'à la jambe ou au pied. On trouve de 1 à 4 millimètres de différence du côté sain au côté malade. L'auteur se sert d'un appareil spécial, l'adipomètre, qui rappelle le compas de Weber, pour mesurer l'épaisseur de la couche sous-cutanée. L'hypertrophie du pli cutané serait en rapport également avec la gravité de l'affection.

AUG. BENOIT.

Union vicieuse des fractures du tibia. (*Médecine moderne*, n° 71, 1896.) — Les fractures du tibia avec chevauchement doivent être réduites immédiatement, car plus tard l'infirmité serait définitive; quoi qu'on fasse, il n'est pas possible alors de rendre à la jambe sa longueur naturelle et sa fonction à l'os. M. Pearce GOULD nous en offre un exemple, chez une femme de cinquante-

trois ans qui lui fut amenée dans l'impossibilité de marcher, après quelques semaines de séjour dans un appareil, pour fracture du tibia avec chevauchement, insuffisamment réduite. Le chirurgien, après s'être assuré de la position des os par une photographie aux rayons X, tailla en biais les extrémités superposées et les fixa en bonne position par deux vis de menuisier ordinaires, passées verticalement à travers l'os et perpendiculairement à sa longueur. Suture soignée du périoste, des parties molles et jambe fixée dans une éclisse de bois.

La difformité fut corrigée entièrement, mais il resta un raccourcissement égal au chevauchement primitif. Aug. Benoit.

Application de la radiographie à un corps étranger métallique de l'œsophage chez l'enfant, par le Dr Aragon. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 17 décembre 1896.) — A signaler la première et très intéresssante application des rayons de Rœntgen à la recherche des corps étrangers de l'œsophage. Le Dr Aragon (de Bois-Colombes), après de vaines tentatives pour retirer un sou avalé par une fillette de quatre ans, eut l'idée de chercher à préciser le siège du corps étranger par la radiographie. On fit coucher l'enfant sur une plaque de 30 sur 40 et on obtint ainsi, avec sept minutes et demie de pose, la projection photographique des régions cervicale et pectorale. Cette épreuve montra avec une admirable netteté que le sou, qui avait été toléré pendant dix jours, s'était enclavé au niveau du rétrécissement normal cervico-thoracique. Armé de ces renseignements, le Dr Paard pratiqua l'œsophagotomie externe et fut assez heureux pour refouler le sou avec le doigt à travers les parois intactes de l'œsophage, jusqu'à ce qu'il pût le retirer par les voies naturelles au moyen d'une pince à préhension antéro-postérieure. La plaie fut suturée et drainée, et la guérison survint très rapidement. On voit le parti que l'on peut tirer, du moins chez l'enfant, de l'application de ce nouveau moyen d'exploration. Aug. Benoit.

De l'entérodèse par la méthode de Duplay, par J. Mayoux. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Ce travail a pour but de faire connaître un procédé qui réalise un réel progrès sur le bouton de Murphy, dont il diffère totalement au point de vue du principe. Au lieu de rechercher la réunion après la résection intestinale par adossement des séreuses, comme l'a fait le professeur de Chicago, M. Duplay reprend d'anciennes expériences dues à Thompson, Smith, Cloquet, et modifiées par lui dès 1885. Tandis que les premiers expérimentateurs s'adressaient à la ligature simple des deux bouts, qui réunissait les deux tronçons par la chute du fil dans l'intérieur de la cavité et grâce à l'exsudation séreuse, il a fait la ligature transversale avec un fil double étreignant séparément chaque moitié de l'intestin. Mais, avant que la continuité de la lumière du tube digestif fût rétablie, il y avait une obstruction totale trop longtemps prolongée. Tout en conservant ce principe de la *ligature après invagination*, opposé à l'affrontement des séreuses, M. Duplay a été amené à présenter, avec la collaboration de M. Cazin, un nouveau bouton anastomotique qui, par sa simplicité, semble devoir mettre la résection à la portée de tous les praticiens, en la limitant aux plaies intestinales étendues, ou aux hernies gangrenées, opération que la difficulté des sutures avait rendue pour eux jusqu'à ce jour presque inabordable.

Le bouton de Duplay est d'une simplicité qui rend sa description très aisée : tube cylindrique entouré d'un manchon auquel il s'unit par les extrémités, mais dont il n'est séparé que par un intervalle de 2 millimètres, ce qui le fait rentrer dans le type des boutons à large lumière (18 millimètres au lieu des 7 millimètres du bouton intestinal de Murphy). Au milieu du manchon se trouve une rainure circulaire, dans laquelle s'ouvrent, aux deux extrémités d'un même diamètre, deux orifices aboutissant d'un canal circulaire transversal qui règne entre les deux cylindres. Pour que l'opération soit rapide, le bouton, préalablement stérilisé, doit être préparé d'avance. Pour cela, on engage un fil de soie de 50 centimètres bien solide dans l'un des trous de la rainure et, en le poussant, on fait ressortir par l'extrémité opposée. Ce fil a donc parcouru la moitié du canal. On enfile alors une aiguille courbe, qu'on laisse de ce côté, et, reprenant l'extrémité du fil, on le passe par le trou d'où il sort, de manière à lui faire traverser la moitié du canal qu'il n'a pas encore parcourue et à le faire ressortir à son point d'entrée primitif. Là, on enfile une deuxième aiguille courbe; on noue les deux extrémités du fil ensemble, de manière à compléter l'anse et l'on a son bouton muni, de chaque côté, d'un fil double, enfilé à une aiguille courbe. Pour le placer, trois temps :

1er *temps*. — Perforer de dedans en dehors le bout qui doit être invaginé; l'un des points sortira au niveau du bord mésentérique, l'autre au point symétrique du bord libre. Le bouton est alors logé dans l'intestin;

2e *temps*. — Exécuter la même manœuvre sur le cylindre engainant;

3e *temps*. — Il reste à couper chaque boucle en son milieu et à lier fortement chaque demi-circonférence des deux bouts intestinaux invaginés.

BOSTON MEDICAL LIBRARY FEB 12 1897 CATALOGUED FEB 12 1897

Trois précautions : *abraser* sur 1 centimètre de hauteur la muqueuse du cylindre invaginant et empêcher le relèvement des bords de la section du bout invaginé, lorsqu'on fait l'invagination.

Achever par cinq ou six points de suture séro-séreuse ordinaire tout autour du sillon antérieur.

Les expériences sur les chiens ont donné des résultats uniformément heureux. Les sutures perforantes que l'on est obligé de faire ne nuiraient en rien au succès de l'opération. L'opération dure quinze minutes; la pièce métallique est rendue du troisième au cinquième jour. Quant aux parois de l'intestin, l'examen histologique prouve qu'il y a fusion et que les quatre tuniques se reconstituent, sauf peut-être la tunique musculaire. C'est si complet dans certaines expériences, que non seulement il n'y a pas de rétrécissement, mais qu'il est difficile de retrouver le point où a porté la section.

Aug. Benoit.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

De l'action dissociée de la digitale dans l'asystolie, par Merklen. (*Société médicale des Hôpitaux*, 11 décembre 1896.) — L'action de la digitale dans l'asystolie se traduit habituellement par le ralentissement et la régularisation du pouls, par une diurèse plus ou moins abondante, enfin par la diminution du volume du cœur dilaté et l'augmentation de son énergie. Ce triple résultat n'est obtenu que dans les cas favorables ; il manque en effet quand le cœur et les vaisseaux sont trop profondément altérés et cet insuccès de la digitale est d'un fâcheux pronostic. Mais, à côté de cet insuccès total, on peut observer des insuccès partiels. Parfois le pouls reste fréquent malgré la diurèse; dans d'autres circonstances, l'oligurie persiste et le cœur demeure dilaté, malgré son ralentissement.

Un premier mode de dissociation, la diurèse sans ralentissement du pouls, appartient aux formes rares d'asystolie qui résultent de la compression des nerfs pneumogastriques dans le médiastin par des ganglions tuberculeux. Dans ce cas, la tachycardie n'est pas influencée par la digitale, bien que celle-ci provoque de la diurèse. Cette diurèse est d'ailleurs de courte durée et n'est que rarement suffisante pour diminuer d'une manière notable les œdèmes et les stases viscérales.

Le second mode de dissociation, ralentissement du pouls sans diurèse, a une signification bien différente et relève d'une altération profonde du myocarde. Des deux modes de dissociation qui viennent d'être signalés, le premier, diurèse sans ralentissement du pouls, peut utilement servir au diagnostic. Les faits établis par M. Merklen tendent à établir que cette action diurétique de la digitale, indépendante de l'action modératrice, se produit quand l'influence ralentissante des pneumogastriques est entravée sans que le myocarde soit sérieusement altéré et sans que le cœur et les vaisseaux soient soustraits à l'influence du grand sympathique. La physiologie expérimentale a, du reste, permis de dissocier les effets multiples de la digitale et de réaliser avec une certaine précision ce qu'en clinique on n'observe que rarement et incomplètement. Elle nous a depuis longtemps appris que la digitale est tout d'abord un cardio-modérateur qui ralentit le pouls en agissant sur les nerfs pneumogastriques et l'appareil modérateur intra-cardiaque. Cette action ne peut se produire quand les pneumogastriques sont coupés ou paralysés par l'atropine, ou, ce qui revient au même, quand ils sont comprimés par une tumeur du médiastin.

Mais la digitale est en même temps un cardiotonique, pouvant augmenter l'énergie systolique du cœur et diminuer son volume ; or, cette action cardio-tonique est indépendante de l'action cardio-modératrice et elle peut se produire même quand les nerfs pneumogastriques sont paralysés, la digitale agissant alors sur le myocarde directement ou par l'intermédiaire des nerfs toni-accélérateurs. Ce relèvement de l'activité cardiaque en l'absence de tout ralentissement suffit à expliquer la diurèse digitalique dans l'asystolie par compression des pneumogastriques. Mais cette diurèse résulte non moins d'une troisième propriété de la digitale, son action vaso-constrictive ou vaso-tonique, également indépendante de l'action modératrice et de même ordre que l'action tonique.

Le deuxième mode de dissociation, ralentissement du pouls sans diurèse, avec augmentation de la dilatation cardiaque, s'observe dans tous les cas où le cœur et les vaisseaux sont trop profondément altérés pour subir l'influence tonique de la digitale, alors que les pneumogastriques exercent encore sur le myocarde leur action modératrice. L'action tonique se produit, non seulement par l'intermédiaire du grand sympathique, mais aussi grâce à une action directe du médicament sur le tissu musculaire. Mais si le myocarde et la tunique musculaire des artérioles ont subi une dégénérescence telle que la digitale est impuissante à en relever l'activité, le cœur pourra se ralentir sans diminuer de vo-

lume, d'où une évacuation de plus en plus insuffisante, et, comme conséquence, l'augmentation de sa dilatation et de la stase veineuse.

C'est ainsi que l'on peut expliquer la cyanose, les troubles cérébraux et dyspnéiques que l'on a observés parfois sous l'influence de la digitale administrée à dose thérapeutique. Il peut donc y avoir danger à ralentir un cœur dilaté, quand, par suite d'altération scléreuse, peut-être aussi d'adhérence généralisée du péricarde, ce cœur ne peut plus revenir sur lui-même, et diminuer de volume en retrouvant un surcroît d'énergie.

G. Lyon.

De l'action de l'iodure de potassium dans l'anévrisme de l'aorte thoracique. (*Ejenedelnick*, n° 40, 1896.)— Wischpolsky décrit un cas d'anévrisme de l'aorte thoracique où l'administration de l'iodure de potassium a exercé une action très favorable, bien que le médicament fût supporté très difficilement même à des doses très modérées; il provoquait une élévation considérable de température et une constipation assez forte pour exiger l'administration de fréquents lavements.

Le malade, considérablement amélioré, n'a plus voulu se laisser traiter; mais cinq mois après son état ayant empiré il reprit de l'iodure de potassium, et cette fois encore ce médicament a donné un excellent résultat. B. Taft.

Maladies du système nerveux.

Dr A. SALLARD

Ancien interne des hôpitaux.

Des problèmes de l'aliénation mentale. L'insomnie. (*Echo Méd. de Lyon*, 15 décembre, 1896.) — Le Dr. Devay insiste sur la grande valeur de l'insomnie à l'éclosion des psychoses et sur l'importance qu'il y a à combattre ce signe dès son apparition. Quelle que soit la conception que l'on adopte sur la physiologie du sommeil (congestion, anémie cérébrale, rétraction des prolongements des cellules cérébrales, intoxication de ces mêmes cellules), on peut classer l'insomnie sous plusieurs chefs : 1° insomnie cérébrale essentielle, des névropathes ou des surmenés; 2° insomnie provoquée par douleur, prurit ou troubles dyseptiques ; 3° insomnie toxique, soit par auto-intoxication (infections, fièvres graves), soit par intoxication exogène (thé, café, spiritueux, surtout chez les nerveux). L'insomnie qui prélude aux diverses formes de l'aliénation mentale, doit être traitée dès le début. On en recherchera d'abord la cause. Si elle n'est liée à aucun état organique ni diabétique, on la considérera comme essentielle et on la traitera comme telle. Les petits détails ont leur importance. On surveillera la façon dont le malade est couché, l'aération de la chambre, on veillera à ce que le repas du soir ne soit pas trop copieux; s'il existe de l'ectasie gastrique, on instituera l'antisepsie gastro-intestinale. On prescrira en outre le bain à 33 ou 34° prolongé jusqu'à ce que le malade éprouve le besoin de dormir (une heure au besoin). Après le bain, le malade est porté dans un lit de température convenable. Il est exceptionnel qu'au septième ou huitième bain le malade ne dorme pas normalement. Le bain prolongé est un moyen presque infaillible; on pourra au besoin y joindre le bromure, le chloral, le somnal (2 grammes) ou le sulfonal (1 gramme). A. Sallard.

Du traitement des neurasthénies graves par la psychothérapie. (*Revue de l'hypnot.*, oct. 1896.) Le Dr Valentin s'élève contre l'opinion classique qui représente les neurasthéniques comme des malades rebelles à la suggestion. Seule, au contraire, cette méthode appliquée convenablement est susceptible de combattre l'habitude psychique morbide, élément pathogénique essentiel. L'auteur relate trois cas de neurasthénie grave dans lesquels il a obtenu des résultats rapides et complets. Chez deux femmes (quarante-trois et quarante-neuf ans) atteintes de neurasthénie cérébrale avec dyspepsie, insomnie, palpitations, découragement profond et peur de la mort, il a pu obtenir le sommeil profond en 4 ou 5 séances; dans le premier cas, guérison complète après 12 séances de suggestion ; dans le second, après 20. Le troisième fait offre un plus grand intérêt. Il a trait à un homme adulte atteint de la forme hypocondriaque intense de la névrose, extrêmement affecté de son état qu'il jugeait incurable et ayant couru longtemps les consultations spéciales, se croyant successivement la proie des maux les plus divers. Chez ce malade l'hypnotisation, tentée par le Dr Berillon à 5 reprises, ne put être obtenue. Le Dr Valentin dut se contenter de la suggestion à l'état de veille. Pendant trois mois, il s'enferma seul, chaque matin, durant trente à quarante minutes avec son malade, et, aidant son argumentation d'injections de sérum, et de massage lombo-abdominal, lui demontra avec persévérance et preuves en main qu'aucun de ses organes n'était atteint. A la suite de cet entraînement psychique prolongé, la confiance revint petit à petit au malade qui fut bientôt tout à fait tranquillisé. A. Sallard.

Causes et traitement des sensations gustatives désagréables. (*Therap. Monats-Hefte*, janv. 1897.) —Le Dr Herzfeld s'élève contre l'opinion courante, qui attribue le plus souvent à des troubles digestifs gastriques les sensations gustatives anormales. En dehors des affections dentaires, pharyngiennes et amygdaliennes courantes, il faut tenir compte, dans les cas de ce genre, de cryptes amygdaliennes, contenant des masses blanchâtres qu'une simple inspection de l'amygdale ne suffit souvent pas à déceler, car ces cryptes peuvent siéger dans les parties latérales de la tonsille, derrière le pilier antérieur. Pour bien explorer cette région, il faut se servir d'un écarteur en forme de crochet mousse : on rencontrera alors souvent des masses considérables d'odeur fétide, de couleur blanc jaunâtre, faciles à détacher. La discision des cryptes mises à découvert s'impose, après un nettoyage minutieux pour prévenir des récidives souvent tenaces.

Dans d'autres cas, c'est dans l'arrière-cavité des fosses nasales que se trouveront des modifications pathologiques (*bursa pharyngea*, de Tornwald). Il faudra s'assurer si dans la ligne médiane de la voûte palatine n'existe pas une fente communiquant avec une poche de forme variable qui sécrète un liquide muco-purulent adhérent aux parois du pharynx et subissant des fermentations putrides multiples. L'intervention opératoire fera rapidement disparaître le mauvais goût dont se plaignent les malades de cette catégorie.

Les affections nasales, celles de l'antre d'Hyghmore, etc., ne doivent pas être négligées non plus comme facteurs étiologiques des anomalies gustatives : il ne faut donc jamais se hâter de conclure à une origine stomacale quand on se trouve en présence des troubles dont nous venons de parler. E. Vogt.

De l'intervention thérapeutique dans l'hémiplégie d'origine cérébrale, par Dignat. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 289, 15 octobre 1896.) — Les moyens le plus ordinairement préconisés pour le traitement de l'attaque sont : les applications froides, les révulsifs et enfin les dérivatifs, lesquels comprennent les purgations et les émissions sanguines.

L'application du froid sur la tête est un moyen dont on s'est peut-être beaucoup exagéré la valeur. Il est douteux, en effet, que le froid puisse exercer une action suffisamment astrictive sur les parois vasculaires, pour diminuer le calibre des vaisseaux intra-craniens et par suite lutter contre l'hyperhémie du cerveau.

La révulsion à l'aide des vésicatoires est aujourd'hui abandonnée à juste titre ; les sinapismes constituent un moyen aussi inoffensif qu'insuffisant.

Certains dérivatifs, tels que les purgations et les lavements purgatifs, semblent avoir en revanche une réelle utilité. Grâce à eux, en effet, il se produit du côté de l'intestin un afflux de sérosité capable de favoriser la décongestion du cerveau.

Les émissions sanguines sont-elles indiquées dans le traitement de l'attaque ? Les uns disent oui, les autres disent non. Trousseau ne saignait ni ne purgeait les malades atteints d'apoplexie. Il expliquait cette abstention en faisant observer que les accidents locaux du côté du cerveau étant un fait accompli au moment où le médecin est appelé à intervenir, et le rôle attribué par les auteurs à la congestion encéphalique consécutive à la lésion primitive lui paraissant au moins douteux, il ne voyait pas en quoi une médication quelconque pourrait être utile.

Quelques médecins recommandent encore la saignée dans certaines circonstances ; ainsi le professeur Potain conseille de saigner dans le ramollissement dû à une embolie ; le professeur Grasset affirme l'efficacité des émissions sanguines, non seulement dans le ramollissement, mais encore dans l'hémorragie cérébrale.

Dans les cas de congestion, les émissions sanguines, soit générales ou locales, sont formellement indiquées. Ainsi, dans le cas d'une congestion cérébrale accidentellement survenue à la suite d'une insolation, par exemple chez un sujet jeune, vigoureux et jusqu'alors bien portant, on n'hésitera pas à pratiquer une saignée abondante.

De même, suivant Dignat, une émission sanguine modérée paraît devoir présenter queiques avantages aussi bien dans l'hémorragie cérébrale que dans le ramollissement.

Sur 18 cas, dans lesquels il a été appelé au moment de l'attaque, il a toujours eu recours aux émissions sanguines légères et il a vu l'ictus apoplectique être suivi de survie 14 fois.

Quelle que soit la cause de la lésion cérébrale qui a déterminé l'hémiplégie, l'intervention thérapeutique, une fois l'hémiplégie cérébrale confirmée, doit répondre aux indications suivantes : 1° empêcher, autant que possible, le retour des accidents primitifs ; 2° combattre la paralysie musculaire et ses conséquences ultérieures, telles que la dégénérescence des muscles paralysés et leur atrophie ; 3° traiter les complications éventuelles.

Il n'est pas toujours facile de satisfaire à la première indication ; quant à la seconde, elle doit être remplie avec précautions, c'est-à-dire qu'il convient d'intervenir au moment voulu, ni trop tôt, ni trop tard. Pendant les premières semaines, on devra se borner à surveiller les malades, à les soumettre au repos absolu, à

une alimentation légère. On leur administrera des laxatifs pour entretenir le corps libre; les purgatifs drastiques ne seraient indiqués que si l'on constatait l'imminence d'accidents congestifs.

L'hémiplégie étant liée le plus souvent à une lésion ancienne du cœur ou à des altérations vasculaires, il est inutile de faire ressortir tout l'avantage qu'il y a d'employer les préparations iodurées soit pures, soit associées aux bromures.

Pour combattre la paralysie musculaire, l'atrophie des muscles paralysés, on a proposé des médications internes et des médications externes. Au premier groupe appartiennent toutes les préparations pharmaceutiques qui ont pour objet de stimuler le système nerveux. A ce titre on a successivement recommandé la strychnine, le phosphure de zinc, enfin les phosphates et les glycéro-phosphates alcalins.

La strychnine employée pour la première fois en 1818, par Fouquier, dans le traitement de la paralysie, est un médicament dangereux. On peut ordonner utilement la noix vomique, à petites doses, aux hémiplégiques, quand on veut exciter chez eux les fonctions de l'estomac.

Au groupe des médicaments externes appartiennent l'hydrothérapie, les frictions, le massage, enfin l'électrisation. Les douches, à quelque température qu'elles soient données, doivent être proscrites. Froides, elles risquent de provoquer une réaction capable de déterminer des phénomènes congestifs du côté des centres nerveux; quant aux douches tempérées, elles ont une action trop excitante. Il n'en est pas de même des bains, qui ont toujours donné de bons résultats.

Certains auteurs ordonnent des bains prolongés pendant une heure ou une heure et demie. Quelques-uns se bornent à prescrire des bains simples ou des bains de son; d'autres conseillent des bains alcalins; quelques autres, enfin, des bains sulfureux. Il convient de ne pas prolonger la durée du bain au delà de vingt à vingt-cinq minutes: les bains sulfureux seront laissés de côté, comme étant trop excitants. Les frictions et le massage peuvent rendre de grands services dans le traitement de la paralysie, mais les résultats sont d'autant meilleurs qu'au massage on joint l'électrisation.

Les complications liées directement à la lésion cérébrale sont les troubles de la sensibilité, rares d'ailleurs dans l'hémiplégie vulgaire, les troubles vasculaires et trophiques, l'épilepsie partielle, l'hémichorée. Contre l'hémianesthésie, les applications d'aimant, la métallothérapie, l'électricité, enfin les vésicatoires volants ont pu souvent provoquer des effets heureux.

Dans le cas d'épilepsie partielle, les préparations polybromurées sont indiquées.

G. Lyon.

De l'action de la glande thyroïde et de la thyroïdine sèche sur les formes chroniques des affections mentales. (*Wratsch*, n° 33, 1896.) — Schuliansky a traité par cette préparation de glande thyroïde 15 malades, et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Chez tous les malades le nombre des pulsations augmentait et atteignait 120; le pouls devenait mou;

2° Chez un certain nombre de malades, on notait également de l'élévation de température;

3° Le poids diminuait d'abord; mais, arrivé à un certain minimum, restait invariable et augmentait considérablement de nouveau, dès qu'on suspendait le traitement;

4° Le traitement n'a exercé aucune action favorable sur l'état mental des malades; du moins cette action n'était pas bien appréciable. Dans quelques cas, on a noté l'augmentation de la sudation;

5° Le traitement prolongé par la glande thyroïde crue administrée dans une côtelette finissait par provoquer, à la longue, des troubles gastriques et le dégoût des aliments. B. Taft.

La thérapeutique de la folie dans ses rapports avec l'organisation médicale des services publics d'aliénés. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 nov. 1896.) — Dans cet article le Dr Marandon de Monteyl expose les *desiderata* offerts actuellement par les asiles d'aliénés de France. La question a déjà été portée au congrès de Nancy où l'on a remis sur l'eau la division des aliénés en curables et incurables, comme seule solution de l'encombrement des asiles, qui entrave toute thérapeutique effective. En réalité, les asiles sont présentement plus nuisibles qu'utiles à la guérison des aliénés; pour un grand nombre, ils engendrent l'incurabilité. M. Garnier a bien fait ressortir d'autre part, dans son rapport, les inconvénients de la création d'asiles d'incurables. Sans compter les raisons d'humanité qui répugnent à enlever tout espoir au malade, et à sa famille par son internement dans de pareils établissements, même si on les décore du nom d'asiles de chroniques, comme on l'a proposé; sans insister sur l'influence désorganisatrice que ne manque jamais de provoquer un pronostic d'incurabilité sur la famille de l'aliéné (l'incurabilité notoire pousse l'épouse au concubinage, l'époux à l'inconduite), on peut encore opposer à ce projet des raisons économiques sérieuses. Les chroniques forment la

meilleure part des travailleurs des asiles ; ils encadrent les nouveaux venus et les forment. Dans un asile d'aigus, les travailleurs se renouvelleraient sans cesse, les uns sortant guéris, les autres pour être versés dans un asile de chroniques : d'où organisation impossible du travail, c'est-à-dire d'un des plus puissants moyens de traitement. Ce système est donc à rejeter.

Ce qui entrave toute thérapeutique, c'est la réunion des services administratifs et médicaux, c'est l'encombrement et le mélange des aliénés de catégories diverses. Un directeur médecin ne peut faire de thérapeutique ; sa grande préoccupation est de faire travailler les malades et de faire des économies. En outre, le nombre toujours croissant des malades (1200 à 1400 soignés par an) rend impossible toute observation suivie, tout traitement méthodique. L'encombrement est aussi le grand coupable des mauvais traitements que le personnel insuffisant fait subir aux aliénés (camisole, entraves, liens) et qui fait de l'internement non une mesure d'assistance, mais une mesure de police et de répression. A ce mal quel remède apporter ? D'abord : organisation essentiellement médicale du service d'aliénés — distincte de la direction administrative. — Ensuite, restreindre à 300 ou 400 lits le domaine d'un chef de service assisté de 2 internes. Alors seulement le séjour dans les asiles pourra devenir pour certains aliénés véritablement curateur.

A. Sallard.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr Castex

Ancien chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

A propos d'un nouveau mode de traitement des troubles auditifs dus au catarrhe chronique, ou consécutifs à des suppurations de la caisse. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 nov., p. 725.) — Cohen-Kysper injecte depuis près de quatre ans, avec un bon résultat, des ferments capables de digérer les albuminoïdes dans la caisse des sujets atteints de catarrhe sec ou hyperplastique, ou lorsque existent des adhérences consécutives au stade sécrétoire du catarrhe simple. Les expériences ont porté sur 150 cas de catarrhe chronique ; les cas les plus favorables sont ceux où la voix murmurée est encore entendue au niveau du pavillon. Les cas plus graves ne sont pas influencés, ainsi que les cas de sclérose vraie. Le ferment le plus favorable est la pepsine de l'estomac du chien à 1 p. 1000, acidifiée avec 0,15 p. 100 d'acide chlorhydrique. L'injection doit être faite à travers la membrane tympanique, en arrière de la partie supérieure du manche du marteau. La solution devra être soigneusement chauffée : on injectera de 20 à 30 centigrammes à la fois ; le malade est couché sur le côté pendant cette intervention et doit garder cette position pendant une heure. Il arrive parfois qu'une partie du liquide s'écoule par la trompe, mais cet accident est sans importance. On peut éviter, du reste, cet inconvénient en faisant au-dessus du point d'injection une petite contre-ouverture permettant à l'air de s'échapper. L'injection est parfois douloureuse chez les nerveux et exige alors la narcose ; l'opération, du reste, n'est jamais faite qu'une seule fois, car on obtient avec une seule intervention, tout ce qu'il est possible d'obtenir. Dans la moitié des cas, pas de réaction ; dans l'autre moitié, on observe une injection vive du tympan ; elle disparaît au bout d'une quinzaine. Dans quelques cas rares il se fait une abondante transsudation séreuse qui est résorbée ensuite facilement. L'influence sur l'acuité auditive est déjà sensible le lendemain de l'intervention ; elle augmente les jours suivants : dans quelques cas l'effet se fait attendre pendant une semaine et davantage ; dans d'autres on observe même une diminution de l'ouïe pendant les premiers jours. Quand le tympan se trouve déjà perforé, l'instillation de pepsine suffit ; dans certains cas de cette catégorie, l'amélioration se montrait déjà au bout d'un quart d'heure. La totalisation des cas donne environ deux tiers de succès ; ces derniers sont d'autant plus marqués que l'acuité auditive conservée au moment de l'intervention était plus accentuée ; en règle générale, l'acuité auditive est doublée ou triplée, quels que soient les cas.

Les phénomènes subjectifs (bourdonnements, vertiges, etc.) sont surtout favorablement modifiés. Dans la grande majorité des cas, les résultats acquis ont été définitifs. E. Vogt.

Des inhalations de formaline dans les affections laryngées. (*Thérapeutique moderne russe*, n° 11, 1896.) — Yatconta a eu recours aux inhalations de formaline dans les laryngites catarrhales aiguës, et les résultats obtenus ne sont pas défavorables.

Ces inhalations étaient pratiquées de la façon suivante :

Les malades inhalaient les vapeurs de formaline matin et soir, pendant cinq à dix minutes. Pendant les premières séances seulement les malades se plaignaient d'éprouver des sensations

désagréables comme picotements, brûlures, accompagnés de toux. Après les deux ou trois premiers jours les inhalations étaient déjà très bien supportées, et la toux, très intense avant le traitement, devenait moins sèche et finissait par disparaître sans qu'on fût obligé d'administrer les narcotiques. B. TAFT.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Président de la Société française d'ophtalmologie.

Sérothérapie antistreptococcique dans la dacryocystite purulente, rebelle, à streptocoques, et dans les autres streptococcies oculaires, par M. BOUCHERON. (Comm. faite à la Soc. d'ophtalm. de Paris, *novembre* 1896.) — Un grand nombre de dacryocystites purulentes sont produites par les streptocoques, comme le prouvent les recherches bactériologiques récentes de Widmark, de Parinaud et Morax et les nôtres.

La dacryocystite à streptocoques paraît être fréquente, car ce sont des streptocoques qui ont été trouvés dans la plupart des observations publiées, mais il faut remarquer qu'il s'agissait presque toujours de cas sérieux.

La dacryocystite purulente à streptocoques est un type défini, caractérisé par la présence des streptocoques dans le pus, par les phlegmons du sac lacrymal, parfois récidivants, par la persistance de la purulence, fréquente après l'état aigu, par la conjonctivite lacrymale fréquente aussi, et par la rhinite à streptocoques plus fréquente peut-être. Le rétrécissement du canal nasal précède souvent et accompagne presque toujours la purulence du sac.

Les cas les plus rebelles sont ceux où la purulence du sac se prolonge après les phlegmons aigus du sac, malgré la thérapeutique chirurgicale et antiseptique usitée aujourd'hui.

Dans les formes atténuées la purulence disparaît spontanément.

C'est pour les cas rebelles que la sérothérapie antistreptococcique est surtout indiquée.

Avec l'injection hypodermique du sérum de Marmorek à demi-dose, soit 5 centimètres cubes 3 ou 4 fois, à quelques jours d'intervalle, on voit sans autre traitement disparaître la purulence du sac lacrymal, la conjonctivite lacrymale et la rhinite coexistantes, en peu de jours.

C'est ainsi que chez une femme de trente-neuf ans, affectée de larmoiement depuis quatre à cinq ans, atteinte d'un premier phlegmon du sac à l'occasion d'une grossesse, et ayant subi trois autres phlegmons du sac en quatorze mois, avec persistance de la purulence du sac dans l'intervalle des phlegmons, malgré les traitements employés, la première injection hypodermique du sérum de Marmorek, faite contre cette purulence persistante, amena une grande amélioration. Une deuxième injection, pratiquée quinze jours après, fit disparaître ce qui restait de pus dans le sac, les restes de la conjonctivite lacrymale, et améliora considérablement la rhinite. Une troisième injection, huit jours plus tard, fut encore faite pour consolider ces résultats.

Dans les streptococcies locales des organes oculaires, capables de produire des complications lors des opérations de cataracte ou autres, et lors des traumatismes oculaires, la sérothérapie antistreptococcique peut être employée préventivement; j'ai déjà publié un fait où la sérothérapie préventive chez un cataracté diabétique et en état de streptococcie (lymphangite du membre inférieur) a permis d'opérer, peu après, la cataracte sans complications.

Dans les complications purulentes des opérations de cataracte, où la streptococcie est souvent en cause, la sérothérapie est applicable quand le microscope et les cultures ont révélé la présence d'un streptocoque.

Ces conditions du traitement sérothérapique sont des plus favorables dans ces streptococcies locales, où l'état général du patient est bon, où la dose du sérum peut être réduite de moitié, où l'on peut éloigner les injections suffisamment pour écarter toute espèce de danger. KOPFF.

Sérothérapie dans la diphtérie conjonctivale, par M. AUBINEAU. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Historique de la sérothérapie et de ses applications au diagnostic et au traitement de la conjonctivite diphtéritique; description des formes cliniques et de la technique de l'injection; résumé des observations antérieures à celles de l'auteur et exposé de 10 observations personnelles; tel est le résumé de cette intéressante thèse, dont les conclusions sont :

1° Le sérum antidiphtérique a une action efficace et rapide dans la diphtérie conjonctivale;

2° Son action est nulle dans les conjonctivites pseudo-membraneuses non diphtériques;

3° Son action est spécifique et par là même peut aider le diagnostic;

4° Il n'y a pas d'inconvénient à employer le sérum dans un cas de doute;

5° Le diagnostic ne doit jamais être négligé; il faut se guider sur des examens bactériologiques fréquents pour insister sur la sérothérapie ou la suspendre;

6° Dans les associations microbiennes le pronostic doit être réservé, même avec l'emploi du sérum. Après les injections et la disparition

rapide du bacille de Lœffler, l'affection peut continuer grâce aux microbes associés et surtout du streptocoque;

7° Le traitement local ne nuit pas au traitement général, et lorsque la sérothérapie est insuffisante, le traitement local devient très utile.

KOPFF.

De l'évidement de l'œil dans la panophtalmie, par M. le Dr HUGUES. (*Nouveau Montpellier Médical*, sept. 1896.) — L'auteur est partisan de l'évidement de l'œil qu'il considère comme le traitement de choix dans la panophtalmie et auquel il reconnaît une supériorité sur l'énucléation et l'exentération. Voici sur quelles considérations il se base pour arriver à cette conclusion :

L'énucléation amène parfois une guérison plus rapide; mais l'évidement, opération conservatrice, donne un résultat esthétique bien supérieur;

L'évidement est une opération simple, tandis que l'énucléation devient souvent très laborieuse à pratiquer dans la panophtalmie;

L'évidement, ne donne pas comme l'énucléation, des garanties contre l'ophtalmie sympathique; mais, de son côté, l'énucléation ne met pas à l'abri des accidents méningitiques et elle les détermine quelquefois, en ouvrant une des voies qui mettent en communication la cavité orbitaire et la cavité cranienne. Grose a préconisé l'éviscération précisément pour remédier à ce danger de l'énucléation;

Enfin, au point de vue esthétique et prothétique, l'évidement ne présente que des avantages, grâce au moignon volumineux et mobile.

L'évidement ne doit pas cependant, d'après l'auteur, devenir une règle absolue pour tous les cas de phlegmon oculaire. Il doit être abandonné :

Lorsque le pus n'occupe que la chambre antérieure; il faut ne le pratiquer que lorsque le processus aura envahi le segment postérieur ou le vitré; — lorsqu'il se développe des troubles sympathiques, pour lesquels il faut énucléer sans retard;

Lorsqu'un traumatisme très grave a désorganisé le globe, avec éclatement de la sclérotique; ou bien encore lorsqu'une blessure s'accompagne de la perte de la vision avec présence d'un corps étranger ayant perforé une seconde fois les membranes de l'œil;

Lorsque l'inflammation a envahi le tissu périoculaire et les gaines du nerf optique, ou lorsque le pus a perforé la sclérotique. Dans tous ces cas, l'énucléation s'impose et parfois même elle ne suffit pas à arrêter la marche des accidents.

Mais dans tous les autres cas de phlegmon, l'évidement lui paraît indiqué, surtout dans les panophtalmies secondaires; dans celles qui sont primitives et lorsqu'il y a généralisation de l'infection, dans les phlegmons consécutifs aux dyscrasies (albuminurie, diabète); lorsque des symptômes de méningite ont déjà éclaté.

Chez les enfants, l'évidement est à recommander particulièrement et l'énucléation ne doit se faire que lorsqu'elle est absolument nécessaire; car ils sont plus sujets aux complications méningitiques, et l'énucléation amène chez eux un arrêt de développement de l'orbite.

KOPFF.

Les injections sous-cutanées de liquide de Durante dans la thérapeutique oculaire, par B. FRISCO. (*Giornale internazionale delle Scienze mediche*, fasc. 16, p. 601, 1896.) — Depuis la communication faite par Durante à l'Académie de médecine de Rome (22 avril 1894), l'iode a pris rang parmi les agents de la thérapeutique oculaire, et quelques médecins l'ont employé avec succès dans les affections de l'œil de nature scrofuleuse. De Bono et Alaimo ont obtenu des guérisons complètes dans certains cas de dacryocystite chronique accompagnée d'ectasie plus ou moins considérable du sac ou de nécrose des os sous-jacents.

D. Nota a constaté que les injections hypodermiques d'iode métallique sont très efficaces dans les kératites superficielles à marche lente, si fréquentes chez les enfants scrofuleux. Récemment Lodate, ayant employé le liquide de Durante dans certains cas de kératite parenchymateuse de nature manifestement strumeuse, a obtenu la guérison complète des malades. Prenant ces faits en considération, Frisco a étendu l'emploi des injections hypodermiques d'iode métallique au traitement des kératites phlycténulaires à récidives fréquentes, et tendance à la formation d'ulcères de la cornée, qui surviennent chez les sujets scrofuleux, et aussi dans les cas où l'ulcère de la cornée est déjà formé.

Il a commencé par employer une solution d'iode iodurée dans l'eau distillée (suivant la formule de Durante) dont il injectait d'abord 1 centimètre cube tous les deux jours, puis 2; huit observations, annexées à ce travail, confirment l'efficacité du traitement. G. LYON.

Du formol en thérapeutique oculaire. (*The practitioner journal*, n° 8, 1896.) — STAUFORD-MORTON passe en revue les travaux sur le formol comme agent thérapeutique. Il est surtout précieux dans le traitement des ulcères infectieux de la cornée, dans les affections purulentes de la conjonctive, en raison de ses remarquables propriétés germinicides. Sa toxicité est minime et il possède le grand avantage d'être très diffu-

sible et de pénétrer rapidement dans la profondeur des tissus.

L'auteur de cette revue l'a également expérimenté en solution à 1/2000 et à 1/3000, dans les infiltrations purulentes avec ulcération de la cornée, dans l'ulcère avec hypopion qui est rapidement amélioré.

Il conclut de même que le formol n'est ni toxique, ni irritant. KOPFF.

Sur un cas d'empoisonnement par la scopolamine, par Mathias. (*Medical News*, New-York, septembre. LANCKTON-FOSTER.) — La scopolamine, sous forme de bromhydrate ou de chlorhydrate, a été récemment introduite dans la pratique ophtalmologique comme agent mydriatique. Son action est très marquée et de courte durée, ce qui la rend précieuse pour la détermination des vices de réfraction.

Le maximum de dilatation papillaire et par suite la paralysie du muscle ciliaire sont obtenus en dix ou soixante minutes avec une instillation de une à cinq gouttes d'une solution à 1 p. 100, ce qui permet un prompt examen. Les effets de l'instillation diminuent graduellement et disparaissent complètement en quatre à huit jours.

Malheureusement des cas d'intoxication à divers degrés d'intensité se sont produits, sans toutefois amener d'issue fatale.

On a observé : de l'accélération et de l'irrégularité du pouls, de la sécheresse de la gorge; de la faiblesse musculaire, des vertiges, des nausées, de la rougeur de la face, de l'inquiétude, de l'assoupissement.

Il résulte des cas observés qu'il faut éviter de faire d'autres instillations lorsque la paralysie du muscle ciliaire est complète. Une pratique consiste à presser sur le canalicule lacrymal, pour en faire l'occlusion et empêcher le passage de la solution dans le conduit lacrymal. KOPFF.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

La sérothérapie dans la syphilis. (*Thèse de Paris*, 1896.) — M. E. MULÉ établit que cette méthode, impuissante dans la syphilis secondaire, s'est au contraire montrée active dans la syphilis tertiaire, néoplasique. Il y a eu des guérisons complètes d'ulcérations rebelles, et dans d'autres cas, des améliorations; le traitement spécifique, devenu intolléré ou insuffisant, a pu être repris et a retrouvé sa puissance.

Des trois variétés de sérum employées, le sérum de sang humain, le sérum de sang d'animal sain, le sérum d'animal immunisé, c'est au dernier que l'auteur donne la préférence. On utilise l'âne : le sérum d'âne paraît le mieux toléré.

La seule contre-indication réside dans l'imperméabilité du filtre rénal.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement des accidents dermiques causés par le froid. (*Journal des mal. cut. et syph.*, octobre 1896, p. 632.) — Le premier degré de la lésion produite par le *coup de froid* est le dessèchement rapide des glandes cutanées : la peau perd sa souplesse, elle s'écaille en lamelles minuscules blanchâtres, tandis que le derme congestionné devient rouge et cuisant. C'est l'*eczéma sec* (?), lésion fugace qui guérit par l'onction nocturne répétée et prolongée de glycérine bien neutre, ou de lanoline boriquée.

Au deuxième degré, la peau entière éclate, se fissure, surtout dans les plis; ce sont les *crevasses*, qui se produisent par exemple aux mains quand celles-ci, soumises à une humidité constante, sont brusquement chauffées à une température trop élevée. Le mieux serait de les traiter avec la lanoline ou la vaseline liquide, iodoformées ou salolées. Éviter le contact de l'eau.

Au troisième degré vient l'*engelure*, ou gelure superficielle du derme. On connaît ces nouures exclusivement dermiques, violacées ou noirâtres, qui sont placées sur le trajet des segments des doigts, sur les articulations phalangiennes, au lobule ou sur l'ourlet de l'oreille.

Les brûlures et démangeaisons qu'elles provoquent sont souvent très pénibles, et s'exagèrent par le contact de l'eau, de la chaleur, des étoffes de laine, etc. Il arrive souvent, soit à la suite du prurit et des grattages, soit par l'évolution plus avancée de la lésion, que l'épiderme s'ulcère : le derme est mis à nu au niveau de l'engelure. Les cuissons augmentent et souvent la plaie s'infecte secondairement. Les bords se décollent, l'ulcère se constitue et l'engelure ainsi ulcérée ressemble à une gomme tuberculeuse ulcérée : il n'y a d'ailleurs qu'analogie.

Ces lésions durent souvent autant que le froid lui-même, et ne se guérissent qu'à la longue sans laisser de traces; il persiste parfois un petit nodule cicatriciel. Les engelures ulcérées peuvent, en s'infectant, provoquer des érysipèles, lymphangites, phlegmons, gangrènes, et de terribles complications peuvent survenir chez les diabétiques et les albuminuriques, voire causer la mort.

Sans parler du traitement général (huile de foie de morue, iodure de fer, arsenic, chlorure de sodium), voici ce qui est indiqué :

1° *Prophylaxie.* — Lotions et frictions excitantes aux extrémités, bains locaux électriques, faradisation;

2° *Engelures non ulcérées.* — Pommade au précipité blanc 1/10, onguent napolitain, et surtout emplâtre de Vigo cum.

3° *Engelures ulcérées.* — Éviter les lotions aqueuses comme pour toutes les lésions *a frigore.* — Pansement à l'aide d'une pommade iodoformée ou salolée, après cautérisation du fond de la plaie avec le chlorure zinc à 1/12.

Le vin aromatique, bon comme prophylactique, est à éviter à la période ulcérative.

MOREL LAVALLÉE.

Expériences sur le traitement de l'hyperhidrose plantaire et les excoriations cutanées chez les soldats et les marcheurs. (*Archives medic. belges*, novembre 1896, p. 230.) — M. CORDIER, à la suite d'une question mise au concours par le service de santé de l'armée belge, a entrepris trois séries d'expériences sur des soldats atteints d'hyperhydrose plantaire. Après avoir signalé le rôle de la malpropreté et des vices de construction des chaussures, deux causes faciles à éviter, il a expérimenté différents topiques qui sont :

1° L'acide chromique ; 2° l'acide picrique ; 3° l'acide tartrique ; 4° l'acide salicylique (coupé de poudre de talc).

L'*acide chromique* a été employé en solution de 5 p. 100, sous forme de badigeonnages, à intervalles de huit à dix jours, sur les pieds préalablement lavés et bien essuyés, le soir à 5 heures et de préférence un samedi ou la veille d'un jour de repos ; l'auteur a rapidement constaté, en effet, que la reprise trop rapide de la marche enlevait au médicament presque toute son action. Sur 42 sujets en expérience, soumis à 2 et quelques-uns à 3 applications de cette solution, les résultats ont été manifestes chez 38 : la plupart ont été définitivement guéris, les autres considérablement améliorés. Quatre, profondément atteints, restés réfractaires au traitement, ont subi 2 badigonnages à 10 p. 100 à 10 jours d'intervalle : résultat marque chez deux et nul chez les deux autres. Un soldat qui put être traité à l'hôpital et gardé au lit, reçut pendant cinq jours, chaque matin, après un bain de pieds, un badigeonnage avec une solution à 5 p. 100. En six jours, il partait guéri, et, revu après les manœuvres, il n'avait pas eu de récidive.

L'*acide salicylique* s'est montré efficace : il peut être employé journellement et impunément, et complète bien l'action de l'acide chromique.

L'*acide tartrique* cause de vives démangeaisons, des picotements, des excoriations même; l'expérience ne put être continuée : les sujets ne pouvaient dormir.

L'*acide picrique* a donné d'assez bons résultats. On fit avec la solution à 5 p. 100 des badigeonnages d'abord hebdomadaires, puis plus rapprochés : ce n'est qu'au bout de 5 à 10 applications que l'effet commençait à se manifester. Il est moins actif et moins sûr que l'acide chromique; mais, étant beaucoup moins irritant que lui, il pourra être préféré en cas de plaies. D'ailleurs, son emploi facilite beaucoup la marche chez les sujets à peau délicate, exposés aux excoriations ; on peut l'appliquer quotidiennement sans danger. C'est un topique précieux pour les marcheurs.

Quant aux excoriations et aux plaies de marche, c'est encore la solution picrique qui s'est montrée de beaucoup le meilleur agent curatif et même prophylactique. Un ou deux badigeonnages ont suffi pour guérir en quelques jours, sans inflammations ni douleurs et *sans interrompre la marche*, toutes les petites plaies imputables à la marche et aux chaussures.

Les essais ont porté aussi sur la pommade salicylée, qui a été trouvée inférieure au simple suif; l'auteur rejette l'emploi de tout onguent et préfère le seul pansement picriqué.

R. BLONDEL.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Valeur de la section des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique, par CARLIER. (In *Assoc. franç. d'urol.*, octobre 1896.) — L'auteur n'a pas obtenu de bons résultats au point de vue de l'hypertrophie prostatique et de ses troubles.

C'est sous la verge qu'il fait une incision presque médiane pour chercher le déférent d'un côté, puis il passe à travers le septum pour aller de l'autre côté.

E. CHEVALIER.

Opérations contre l'hypertrophie prostatique, par BOUSQUET. (In *Assoc. franç. d'urol.*, octobre 1896.) — Deux observations, une de castration double avec résultat imparfait, et une de résection des déférents avec bons résultats.

E. CHEVALIER.

Prothèse testiculaire après castration, par CARLIER. (*Assoc. franç. d'urologie*, octobre 1896.) — L'auteur recommande la prothèse à l'aide

d'un faux testicule en argent qu'on insère dans une loge formée par la tunique fibreuse après résection de la vaginale.

Loumeau fit des testicules artificiels à l'aide de masses ovoïdes de soie tressée; il les insère dans la tunique vaginale conservée. Il préfère encore les ovules en caoutchouc creux. E. CHEVALIER.

Rupture traumatique du rein, néphrectomie lombaire. Guérison, par MONTPROFIT. (In *Cong. Chir.*, 1896, octobre.) — Il s'agissait d'un rein atteint d'un certain degré d'hydronéphrose, qui, sous l'influence d'une pression violente extérieure, avait éclaté. La néphrectomie amena la guérison. E. CHEVALIER.

Volumineuse pyonéphrose très ancienne à paroi fibro-cartilagineuse, à contenu puriforme, d'origine probablement congénitale. Extirpation, par DURET. (In *Assoc. franç. d'urol.*, octobre 1896.) — C'est l'histoire d'une affection congénitale du rein que l'auteur a guérie par la néphrectomie lombaire. E. CHEVALIER.

Traitement des fistules vésico-intestinales par la suture transvésicale, par le Dr POUSSON (de Bordeaux). (*Congrès français de Chirurgie*, session de Paris. 1896.)— M. Pousson, au VIIIe Congrès de l'Association tenu à Lyon en 1894, avait déjà fait ressortir les avantages que peut offrir la cure de certaines fistules vésico-vaginales, inaccessibles par le vagin, au moyen de l'ouverture préalable de la vessie, permettant l'avivement de la suture transvésicale. Il est une variété de fistules s'ouvrant dans la vessie et pour le traitement desquelles la cystotomie préliminaire offre de précieuses ressources : ce sont les fistules vésico-intestinales. Pour celles-ci, l'auteur a adopté un *modus operandi*, qui a été préconisé jadis par le Pr Le Dentu, la cystotomie préliminaire. Les hasards de la clinique ont permis à M. Pousson de traiter un cas d'une affection de ce genre.

Un malade lui était adressé avec le diagnostic de fistule vésico-intestinale; ce malade rendait, depuis plus de deux ans, des gaz par l'urètre et expulsait quelquefois des matières fécales. A la suite d'un repas copieux, il avait été tout à coup pris de douleurs intenses dans la fosse iliaque gauche et considéré par son médecin comme atteint de cystite. A ce moment, ce malade s'aperçut du trouble et de la purulence de ses urines. Depuis quatre mois seulement, l'émission des matières fécales par les urines se manifestait, au moment où M. Pousson examina son malade. Ce dernier, très impressionnable, ne put tolérer l'examen direct; l'emploi du chloroforme fut nécessaire. Combinant le toucher rectal avec la palpation abdominale, l'auteur provoqua des douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche : ce qui fit penser à l'ouverture de la fistule dans l'S iliaque; puis la cystoscopie lui fit voir sur la paroi supérieure gauche de la vessie une plaque violacée de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50. L'opération proposée au malade fut acceptée.

Le malade, chloroformé, est placé dans la position de Morand-Trendelenburg; la vessie est ouverte sur la ligne médiane, après ballonnement du rectum pour étaler le bas-fond.

La plaque violacée indiquée par l'exploration cystoscopique n'est pas l'ouverture de la fistule. Un examen minutieux de la muqueuse le fait voir à environ deux centimètres du méat urétral ; son diamètre est très petit. L'opérateur procède de suite à l'avivement des bords de l'orifice, au moyen d'un petit bistouri de Sims, à lame courte et courbée sur le plat; les lèvres avivées, il les suture au moyen de points de catgut n° 0, passés à l'aide de l'aiguille à pédale. Dans le but de mettre la vessie au repos et d'empêcher que ses contractions expulsives ne tiraillent sur les fils de la suture, il laisse le réservoir ouvert et établit le drainage hypogastrique de Guyon-Périer. Après l'opération, le malade eut, pendant deux jours, de violentes douleurs au col de la vessie et dans la verge; les matières fécales continuèrent à passer par les tubes pendant dix-sept jours. Quant aux gaz, ils continuèrent à sortir irrégulièrement pendant deux mois environ; puis le malade ne rendit plus rien.

Il est donc de toute évidence que la réunion par *primam intentionem* n'a pas eu lieu; mais il n'est pas moins admis que la fermeture par seconde intention a été obtenue. Le mérite de la guérison, d'après M. Pousson, ne saurait donc être refusé au bourgeonnement des lèvres de la solution de continuité. R. BLONDEL.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Le procédé de Thure Brandt dans le traitement des inflammations des organes génitaux de la femme. (*Wratsch*, n° 13, 1896.) — KAMENSKAIA-TSCHEPETOWA eut recours au procédé du masseur suédois dans onze cas; l'âge des malades traitées variait de dix-neuf à trente-deux ans. Les résultats obtenus sont des plus favorables, car il n'y a eu qu'un seul échec (il s'agissait d'une péri et paramétrite gauches chez une veuve de

trente ans). Encore, dans ce cas, attribue-t-il l'échec à la durée insuffisante du traitement.

De ces onze malades, six sont devenues enceintes. Presque toutes les malades présentaient des modifications pathologiques du para et du périmétrium, compliquées, dans la plupart des cas, de lésions de l'utérus et des ovaires.

L'état général s'améliorait rapidement : les menstrues, chez les malades réglées normalement devenaient un peu plus abondantes ; au contraire chez les malades réglées abondamment, elles devenaient moins fortes. Enfin, les fonctions intestinales redevenaient normales.

L'auteur pratique le massage en introduisant dans le vagin deux doigts de la main gauche en appuyant le coude sur le genou gauche. Les malades reçoivent une douche à 35-38° (R) et prennent de l'extrait d'hydrastis canadensis considéré par l'auteur comme un moyen de diminuer les stases veineuses.

L'auteur conseille à ses malades de faire des promenades à pied; ce n'est que dans les cas rares où l'utérus est particulièrement excitable qu'on prescrit une heure de repos après la séance.

Après le massage il faut toujours faire la gymnastique des muscles du bassin et des cuisses. L'auteur n'a jamais observé aucune irritation déterminée par le massage, de sorte qu'il ne croit pas que les règles soient une contre-indication au massage. B. Taft.

Des tiges d'ichthyol dans le traitement de l'urétrite blennorrhagique chez la femme, par le Dr Marmonnier. (*Marseille Médical*, 15 sept. 1896.) — Cas d'urétrite blennorrhagique avec vaginite chez une femme mariée. Guérison de l'écoulement urétral en un mois avec disparition des gonocoques, constatée au microscope, au moyen du traitement de Jullien, que l'auteur rappelle. Après expression du canal (il n'est pas question de lavages ?) on introduit une tige métallique droite, de 30 centimètres, un peu rugueuse, sur laquelle on enroule un petit manchon d'ouate. Le tout est trempé dans une solution à 20 p. 100 d'ichthyol dans la glycérine, et introduit de 6 à 7 centimètres dans le canal. M. Marmonnier a remplacé la tige métallique par une tige de baleine sur laquelle il fixe l'ouate au moyen d'un fil. Un tampon est placé dans le vagin après immersion dans le même topique. L'auteur préfère ce traitement à l'emploi du permanganate ou du sublimé, qui laissent après eux un écoulement séreux persistant, s'infectant très aisément.

R. Blondel.

Sur les injections intra-utérines, par M. Hofmeier. (*Monatsschrift f. Geburtsh. und Gynæk.*, octobre 1896.) — S'appuyant sur un cas récent, soumis à la justice, et dans lequel l'injection d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 dans l'utérus amena en douze heures la mort par péritonite, l'auteur fait la critique des injections intra-utérines au moyen de la seringue de Braun. Outre la possibilité de perforer l'utérus ou de faire pénétrer le liquide dans les trompes, l'emploi des injections caustiques pour lesquelles cette seringue est faite est plein de dangers. Leur usage doit être soumis à des règles très précises : il faut que l'orifice du col ait atteint une certaine largeur; la cavité utérine doit être préalablement lavée avec une solution antiseptique faible pour enlever le sang ou le mucus. Après l'injection caustique (l'auteur emploie une solution d'acide phénique dans l'alcool à 10 p. 100), un nouveau lavage intra-utérin n'est pas inutile; tout au moins pendant l'injection, le vagin sera irrigué avec une solution indifférente pour entraîner la quantité de caustique superflue. Il est acquis en tous cas que toute injection de ce genre doit être proscrite pendant le cours d'un état franchement inflammatoire de l'utérus. D'une façon générale, le danger de ces injections réside moins dans la quantité de liquide injectée que dans l'altération de la paroi utérine, qui s'accomplit sur une étendue que l'on ne peut apprécier, et dont on n'est pas le maître.

R. Blondel.

L'absorption rectale en gynécologie. — Witte (*Deutsche med. Woch.*, 16 juillet 1896) rappelle tout d'abord que Dührssen a préconisé les injections de solutions stérilisées d'eau salée dans le tissu cellulaire sous-cutané, en cas d'hémorragies graves. Witte fait ressortir les inconvénients de ces injections sous-cutanées et appelle l'attention des gynécologues sur le pouvoir d'absorption considérable de la muqueuse rectale. Par cette voie des quantités de liquide beaucoup plus considérables peuvent être introduites dans la circulation et avec une rapidité beaucoup plus grande, que par la voie hypodermique ou même par la séreuse péritonéale. Aussi recommande-t-il ces injections intestinales dans les cas d'hémorragies internes, avant comme après l'hémostase ; dans les laparotomies en particulier, lorsque la perte de liquide a été un peu considérable, les lavements d'eau salée améliorent l'état général des malades d'une manière absolument remarquable. R. Blondel.

Rupture précoce de grossesse extra-utérine ; traitement. — Henrotin (*Amer. Journ. of med. Sc.*, nov. 1896) présente un cas d'hémorragie péritonéale foudroyante, par rupture de la trompe en grossesse ectopique, qu'il fut assez heureux pour

guérir par la laparotomie immédiate et l'excision du sac. Dans les considérations qui suivent, il passe en revue les opinions diverses émises par les auteurs sur la question de l'intervention ou de l'abstention en pareil cas. Il se prononce nettement pour l'intervention, car, après une période de calme momentané, l'hémorragie peut reparaître. Il fait donner de suite un lavement d'eau salée, ouvrir le ventre, enlever les caillots et faire les ligatures nécessaires. On termine par le lavage de la cavité abdominale à l'eau salée, et, si l'on a quelque doute sur l'asepsie de l'opération, on draine par l'angle inférieur de la plaie ou par le vagin. Toutefois, si le chirurgien est appelé tardivement, que tout paraît être rentré dans l'ordre, les symptômes généraux s'amendant, le chirurgien est autorisé à attendre l'apparition de la fièvre pour intervenir : alors, il opérera par le vagin et ouvrira par cette voie une issue au sang collecté en voie d'infection.

R. Blondel.

Modification à la technique de l'hystérectomie abdominale totale, par M. Djémil Pacha. (*Gaz. méd. d'Orient*, 20 novembre 1896, p. 287.) — L'auteur présente à la *Société impériale de médecine de Constantinople* (séance du 30 novembre) deux fibromes utérins, l'un du po ids de 6 kilogrammes, enlevé chez une femme de quarante-cinq ans ; l'autre de 3 kilogrammes et demi, chez une femme de quarante ans. L'auteur a pratiqué d'abord l'amputation sus-vaginale, après application du lien élastique, puis lié les vaisseaux des ligaments larges chacun à leur tour. Pour l'ablation du moignon cervical ne voulant pas passer par le vagin, et redoutant la perforation du rectum ou de la vessie en allant à la recherche des culs-de-sac vaginaux par l'abdomen, il a employé un procédé assez original, qui rappelle un peu celui de Doyen, en ce qu'il ramène comme lui le col dans l'abdomen en le retournant ; mais, au lieu de passer comme lui par le cul-de-sac postérieur, il traverse le canal cervical ; il trace par cette voie deux incisions latérales qui divisent le col en deux valves ; il attire ensuite chacune de celles-ci dans l'abdomen, au moyen d'une pince de Museux passant par le canal ainsi élargi, et sépare alors chaque moitié du col, de la vessie ou du rectum, en toute sécurité ; pour prévenir tout risque d'infection, le col a été curetté soigneusement auparavant. L'auteur a employé ce procédé 4 fois et a eu 4 guérisons.

R. Blondel.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Traitement de la gastro-entérite cholériforme des nourrissons, par M. Marfan. (*Presse médicale*, 23 décembre 1896.) — Il faut, dès le début, supprimer toute alimentation et ne donner que de l'eau pure, mais il faut remplacer la quantité de lait qu'on ne donne pas par une quantité équivalente d'eau bouillie. La diète hydrique a pour avantage de supprimer les putréfactions gastro-intestinales, de laisser reposer l'estomac et l'intestin, de calmer la soif, d'obvier à la déshydratation des tissus et de maintenir la diurèse. On donnera de l'eau bouillie froide tant que l'enfant en voudra boire, soit 50 grammes toutes les demi-heures, 100 grammes toutes les heures, ou 150 grammes toutes les heures et demie. Au début de la diète, on donnera de l'eau pure à la température ordinaire ; puis, quelques heures après, on pourra ajouter un peu de sucre. S'abstenir d'eau albumineuse. La diète hydrique durera au moins vingt-quatre heures. La reprise de l'alimentation sera faite avec prudence : si les accidents ont cédé, on donnera toutes les quatre heures 40 grammes de lait stérilisé additionné de 40 grammes d'eau lactosée à 10 p. 100, ou si l'enfant est au sein, on le fera téter de quatre en quatre heures ; dans l'intervalle, on donnera de l'eau bouillie. Mais si les accidents persistent après vingt-quatre heures de diète hydrique ou s'ils réapparaissaient avec la reprise de l'alimentation, on reprendra la diète hydrique, pendant six, huit, dix heures.

En outre, on pratiquera trois injections hypodermiques par jour avec 5 à 20 grammes de la solution suivante :

Eau (non distillée), stérilisée. .	300 grammes.
Chlorure de sodium.	2 gr. 10
Citrate ou benzoate de caféine.	0 gr. 75

A la diète hydrique et aux injections d'eau salée caféinée, M. Marfan joint l'usage des bains chauds à 35° ou 36° d'une durée de cinq à dix minutes, donnés deux à quatre fois par jour, qu'il y ait hyperthermie ou hypothermie. On n'aura recours au bain froid à 25° que dans les cas d'hyperthermie extrême.

Enfin, dans les cas d'hypothermie, on aura recours aux enveloppements d'ouate, aux boules d'eau chaude et aux frictions alcooliques après le bain.

Pendant la convalescence, s'il persiste une tendance très accusée à la diarrhée, et surtout

si les vomissements persistent, on reprendra la diète hydrique et si les accidents du début sont éloignés, on donnera du calomel, à doses très faibles et fractionnées :

Calomel. . . . . 1 centigramme.
Sucre. . . . . 50 —

Divisez en cinq paquets, un paquet toutes les demi-heures.

Si la tendance à la diarrhée est faible, on prescrira le sous-nitrate de bismuth associé aux amers, comme l'ont conseillé Liebreich et Trabaud :

Infusion de racines de colombo. 1 gr. p. 75 gr.
Passez et ajoutez :
Sous-nitrate de bismuth . . . 3 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . . . 15 —
Une cuillerée à café avant chaque tétée.

Quelquefois, la gastro-entérite chronique succède au choléra infantile, on instituera alors le traitement approprié.

M. Marfan rejette les lavages de l'estomac et de l'intestin, les substances antidiarrhéiques : benzo-naphtol, bétol, salol, acide lactique, tanin, opium. Il rejette aussi l'alcool. Dans la gastro-entérite aiguë, l'alcool est inutile et le calomel est dangereux. Le sous-nitrate de bismuth et le calomel ne trouvent leurs indications que dans la période de convalescence : encore ne faut-il pas dépasser la dose de 1 centigramme de calomel en vingt-quatre heures.

E. Thiercelin.

De l'emploi du benzonaphtol associé au salicylate de bismuth dans le traitement de la diarrhée d'été des jeunes enfants, par Salomon Solis-Cohen. (*Med. News*, 22 août, 1896.) — L'auteur recommande, dans ces cas, l'usage d'un mélange à parties égales de benzonaphtol et de salicylate de bismuth, avec ou sans l'addition de poudre de Dower. — Un enfant de six mois peut absorber trois grains de ce mélange, c'est-à-dire environ 20 centigrammes, ce qui fait 10 centigrammes de benzonaphtol et 10 centigrammes de salicylate de bismuth. Ce mélange sera divisé en prises qu'on donnera de deux en deux heures ou de quatre en quatre heures : on en prolongera l'administration aussi longtemps que l'indiqueront les symptômes. On supprimera pendant ce temps la nourriture lactée, et pendant deux ou trois jours, l'enfant ne prendra que de l'eau d'orge en petite quantité; cette diète sera souvent difficile à obtenir de la part des mères, mais elle est de la plus haute importance. A plus forte raison ne donnera-t-on pas de farines; ne pas donner d'astringents tels que quinquina ou tanin avant que le tractus digestif n'ait été complètement débarrassé de toute substance irritante ou toxique.

En même temps on prescrira l'aération des chambres, des bains ou des lotions froides, l'administration d'eau fraîche bouillie ou d'eau d'orge. Dans les cas graves, avec menace de collapsus, on prescrira des bains ou des lotions chaudes, et dans certains cas on devra avoir recours à l'usage de la strychnine à doses appropriées. L'alcool sera indiqué dans quelques cas, mais souvent aussi on ne devra pas en faire usage.

E. Thiercelin.

Des indications du lavage de l'estomac chez les enfants (*Thèse de Paris*, 1896), par Olinières.

Le lavage de l'estomac chez l'enfant peut se faire soit à l'aide du modèle réduit de l'appareil Faucher ou plus simplement à l'aide de la sonde urétrale d'un calibre variant du n° 8 au n° 22 de la filière Charrière. Cette sonde est réunie à un long tube de caoutchouc par un court tube de verre. Un entonnoir est fixé à cet appareil.

L'enfant est placé soit sur les genoux, soit sur une table, dans le décubitus dorsal. On introduit doucement l'extrémité de la sonde, préalablement mouillée, dans la bouche de l'enfant qui pratiquant des mouvements de succion la déglutit rapidement. Rarement l'enfant résiste ou suffoque. En tous cas en usant de patience on arrive toujours à introduire le tube.

Une fois la sonde introduite, on verse dans l'estomac de 50 à 100 grammes d'eau ordinaire, puis on abaisse l'entonnoir et l'eau s'écoule. Il faut laver à plusieurs reprises l'estomac jusqu'à ce que l'eau ressorte blanche. Il vaut mieux que le liquide employé soit tiède.

Le lavage de l'estomac exerce non seulement une action mécanique, le nettoyage de l'estomac; mais il provoque des réflexes variés dont les plus intéressants se produisent dans l'intestin. Ce sont : 1° la propagation des contractions stomacales à l'intestin; 2° la contraction des muscles de la paroi abdominale, synergiques aux contractions de l'estomac, et provoquant une sorte d'excitation de toute la masse intestinale; la constipation peut être influencée par le fait de l'augmentation du péristaltisme intestinal.

Les accidents du lavage de l'estomac chez l'enfant sont très rares. L'auteur cite, d'après Marfan, trois cas de convulsions généralisées dont un mortel; on peut aussi craindre l'hémorragie. L'introduction de la sonde dans les voies aériennes est théoriquement impossible.

Les lavages de l'estomac sont indiqués chez l'enfant dans les affections suivantes : gastro-

entérite aiguë lorsque les vomissements sont prédominants, gastro-entérite chronique, dilatation de l'estomac.

Il est aussi utile dans l'occlusion intestinale par invagination et dans les constipations rebelles.

Enfin l'introduction de la sonde peut avoir pour but de pratiquer le gavage chez les enfants chétifs, ou qui se nourrissent insuffisamment.

M. SOUPAULT.

De la supériorité des bains tièdes sur les bains froids dans les maladies aiguës de l'enfance, par le Dr Ch. FIESSINGER (d'Oyonnax). (*Journal des Praticiens*, 12 décembre 1896.) — Toute maladie infectieuse transforme tôt ou tard son homme en neurasthénique, qui s'accommode mal de l'eau froide; l'enfant, sorte de neurasthénique normal, subit plus vite encore l'action débilitante de la maladie infectieuse ; il s'accommode par conséquent de l'eau froide encore plus mal que l'adulte.

Au cours d'une maladie infectieuse aiguë, le problème est d'éliminer les toxines sans terrasser le système nerveux. Or, chez l'enfant, celui-ci est immédiatement à bas : on n'usera donc de l'eau froide qu'avec des précautions infinies, ou plutôt on lui préférera l'eau tiède de 32° à 38°. On commencera par des bains à 38° et on pourra l'abaisser successivement jusqu'à 32°, suivant la susceptibilité de l'enfant et l'intensité des accidents nerveux. Ces bains tièdes auront la même action sur les échanges et l'élimination des toxines que les bains froids, et de plus ils n'auront pas sur le système nerveux une action aussi brutale.

E. THIERCELIN.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Communication préalable sur le valérianate de gaïacol. (*Deutsche med. Zeitung*, 24 déc. 1896.) — L'éther valérianique du gaïacol a fait l'objet des recherches spéciales du Dr RIECK. Le produit se présente sous forme d'un liquide oléagineux, jaunâtre, bouillant entre 245° et 265°, peu soluble dans l'eau et les liquides alcalins ou acides, soluble en toutes proportions dans l'alcool, l'éther, le benzol et le chloroforme : il n'est pas caustique et presente un léger goût amer qui ne persiste pas. Le valérianate de gaïacol peut être injecté sous la peau sans inconvénient, car il ne provoque qu'une sensation de cuisson passagère; en badigeonnages, il est rapidement absorbé si on s'oppose à son évaporation ; en capsules de gélatine dragéifiées, dosées à 20 centigrammes, il ne provoque aucun trouble digestif (éructations par exemple). L'auteur a pris, par la voie stomacale jusqu'à 5 grammes par jour du produit, à titre d'expérience, sans observer aucune modification dans son état de santé, sauf un peu de constipation.

L'auteur a donné le valérianate de gaïacol à 28 tuberculeux; même à faibles doses, le médicament a rapidement provoqué une amélioration de l'appétit, une diminution des quintes de toux, de la gêne respiratoire et des sueurs nocturnes. Dans quelques cas de catarrhe du sommet, les phénomènes objectifs ont cédé en peu de temps sous l'influence de la médication.

Quelques observations sembleraient prouver que les affections catarrhales du tube digestif bénéficieraient du traitement par le valérianate de créosote ; mêmes remarques pour la chloroanémie.

L'administration du médicament a pu être continuée pendant trois à cinq mois, suivant les cas, sans aucun inconvénient.

E. VOGT.

A propos des suppositoires et de leur mode de préparation. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 7 janv. 97). — Le professeur L. LEWIN et le Dr ESCHBAUM, de Berlin, constatent que les nombreuses tentatives destinées à améliorer le mode de préparation des suppositoires n'ont guère abouti jusqu'à ce jour. Le suppositoire en effet ne satisfait guère aux cinq desiderata suivants :

1° Distribution égale de la substance active dans l'excipient;

2° Le médicament doit pouvoir se séparer de l'excipient sans difficulté et rapidement;

3° Le suppositoire doit être aussi stérilisé que possible;

4° Il doit être facile à introduire;

5° Il doit pouvoir contenir la dose prescrite sans subir de modifications de forme ou de volume.

Le beurre de cacao ne se prête pas à une distribution égale de la substance active : les derniers suppositoires préparés au cours d'une opération sont ordinairement plus chargés de médicament que les autres. Dans un suppositoire donné, la même inégalité de distribution se retrouve le plus souvent. Le sommet du suppositoire renferme un maximum de substance active. Les auteurs ont trouvé jusqu'à 43 p. 100 de substance dans la pointe et 0,3 p. 100 dans la base des suppositoires.

Les suppositoires à la gélatine glycérinée sont bien supérieurs à ceux de beurre de cacao, au point de vue de la solubilité, et l'excipient ne

s'oppose pas, en recouvrant la muqueuse, à l'absorption facile du médicament, ce qui arrive souvent avec le beurre de cacao. Mais la stérilisation des suppositoires à la gélatine n'est guère possible : la gélatine est souvent de provenance et de composition chimique suspectes, et la proportion assez importante de glycérine qu'ils contiennent irrite parfois l'intestin.

Les auteurs ont trouvé dans l'agar-agar la substance la plus convenable à la préparation pharmaceutique des suppositoires. Voici leur procédé de fabrication :

Une partie d'agar, finement pulvérisé est chauffée avec 29 parties d'eau, au bain-marie, pendant quelques minutes : la masse obtenue peut être coulée dans des moules et se prend rapidement. L'agar étant acide, il y a lieu de le neutraliser par addition de 1 p. 100 de bicarbonate de soude à la poudre. Il est préférable de ne pas préparer la masse à l'avance. Pour le moulage on se servira de papier paraffiné.

Pour obtenir, par exemple, 10 suppositoires iodurés, on procédera de la façon suivante :

On verse dans un flacon 1 gramme de poudre d'agar neutralisé et 1 gramme d'iodure de potassium, puis on ajoute 29 grammes d'eau : on agite pour faire dissoudre l'iodure, on ferme hermétiquement le flacon, on chauffe cinq à dix minutes au bain-marie et on verse dans les 10 moules. Certains médicaments ne peuvent être ainsi incorporés (bismuth, onguent gris, etc.). On les mélangera à la masse déjà préparée.

Pour l'antipyrine, la proportion d'agar doit être augmentée.

Pour le tanin, on fera le mélange par malaxation à froid (1 gramme de tanin, 2 d'agar, 7 d'eau.)

La même méthode sera utilisée quand il s'agit d'obtenir des ovules ou des bâtonnets.

E. Vogt.

Les capsules de glutoïde. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er janv. 1897.) — Le professeur Sahli, de Berne, a repris l'étude de la digestibilité des capsules kératinisées, destinées à traverser l'estomac et à n'être attaquées que par le suc intestinal alcalin. Il a pu reconnaître que les préparations du commerce ne résistaient pas à l'action du suc gastrique, aussi bien au cours des expériences de laboratoire que dans les essais sur l'homme. L'enrobement au salol ne donne pas de meilleurs résultats.

L'auteur chercha alors à obtenir des capsules durcies par action chimique. Les essais démontrèrent que l'influence de divers tanins, de l'acide chromique, etc., ne suffit pas pour mettre la gélatine à l'abri de l'action du suc gastrique. Seule, l'intervention de l'aldéhyde formique permet d'obtenir une gélatine inattaquable au suc gastrique. La nouvelle gélatine a été désignée sous le nom de « glutoïde » ; les capsules faites avec cette substance peuvent résister pendant huit heures à l'action du suc gastrique à 37°-40° ; le suc pancréatique les dissout en une et demie à trois heures. Le degré de durcissement peut être modifié à volonté, et l'on aura souvent recours à des capsules ne résistant que pendant un couple d'heures au suc gastrique, mais se dissolvant de suite en présence du suc intestinal. Il faudra étudier chaque cas en particulier à ce point de vue.

Il va sans dire qu'on n'incorporera à ces capsules que des substances ne possédant pas la propriété d'être aisément diffusibles : la gélatine durcie rendra en conséquence des services dans les cas où l'on voudra prescrire des substances huileuses, des essences ou des poudres peu solubles.

L'auteur a l'intention d'étudier l'intensité de l'activité digestive, au moyen de capsules de ce genre, contenant de l'iode ou de l'acide salicylique : on arrivera ainsi, en déterminant le moment exact de l'apparition dans la salive ou les urines des deux substances ci-dessus, à se rendre un compte exact de la marche des phénomènes digestifs chez le sujet en expérience.

E. Vogt.

FORMULAIRE

Pommade contre le prurit de la blépharite ciliaire.

Acétate neutre de plomb. . .	0 gr. 10 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne. . .	0 — 15 —
Vaseline blanche.	3 grammes,

Mêlez. — Usage externe.

On fait avec cette pommade des onctions répétées sur le bord des paupières. Landolt et Gygax.

Pastilles contre la raucité de la voix.

Chlorhydr. de morphine } Chlorhydr. de cocaïne. } àà. .	5 milligr.
Teinture d'aconit	II gouttes.
Racine d'althea pulvérisée. . .	15 centigr.
Sucre.	Q. s.

Pour 1 pastille; 8 à 10 par jour.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques.— Nous avons le plaisir d'enregistrer la nomination de notre excellent collaborateur le Dr Kopff, ex-président de la Société d'ophtalmologie, au grade d'officier de la Légion d'honneur. La *Revue de thérapeutique* lui adresse ses sincères félicitations.

XIIe Congrès international de médecine à Moscou. Section de chirurgie. — Sur la proposition de M. le Dr Braatz (Kœnigsberg), la section de chirurgie du XIIe Congrès international de médecine, à Moscou, a décidé de recueillir pour ce Congrès une statistique internationale des narcoses produites en 1896. En conséquence, les Présidents de la section prient instamment tous leurs confrères de vouloir bien répondre au questionnaire suivant :

1° Nombre des narcoses produites par eux du 1er janvier 1896 au 1er janvier 1897 ;

2° Agent anesthésique par lequel les narcotisations sont produites;

3° Nombre des cas de mort par suite de la narcose.

Messieurs les médecins sont priés de faire parvenir ces renseignements, pas plus tard que le 1er juillet 1897, s'il est possible, au secrétaire de la section, le Dr F. Rein. (Moscou, Malaja Dmitrovka, maison Scheschkow).

A quoi peut servir un lipome. — Une chanteuse d'opéra, atteinte de mastite interstitielle avec adénome, se fit soigner par Czerny, qui jugea l'amputation du sein nécessaire.

La malade était assez forte et la différence de volume des deux côtés de la poitrine aurait été difficile à cacher aux lorgnettes des avant-scènes. Heureusement, elle avait un lipome plus gros que le poing à la région lombaire. Czerny n'hésita pas, il enleva le lipome et le transplanta à la place du sein enlevé. Huit jours après, on constatait que la greffe avait réussi. Un an plus tard le lipome n'avait pas changé de volume et avait absolument la grosseur et l'aspect du sein opposé. (*Arch. f. klin. Chir.*)

L'Anusol. — Ce substantif étrange désigne un nouveau produit lancé sur le marché de la droguerie et que son fabricant a affublé d'un nom bien senti, indiquant clairement ses aspirations.

Ce n'est pas, dit un journal allemand avec cette finesse germanique toute spéciale, une faute d'impression pour *Anusol* (huile d'anus), terme qui n'aurait rien de surprenant à notre époque d'organothérapie. L'*Anusol* guérira les hémorrhoïdes, tout comme les anciens rois de France au jour du sacre. Son état civil chimique est remarquablement simple, par ce temps où les noms de trente lettres forment la langue courante des laboratoires : c'est un sulfoiodorésorcinate de bismuth. Le *Wiener medicinische Blätter*, qui nous annonce le nouveau-né, convient, non sans une pointe de tristesse, qu'il y a peut-être abus dans les habitudes prises à cet égard par les parrains en droguerie, et qu'il n'y aura bientôt plus de place dans le corps humain pour étiqueter la spécificité de tous ces aspirants à la célébrité... et à la fortune. « Désormais, ajoute-t-il, les jeunes étudiants pourront apprendre l'anatomie, rien qu'en parcourant la nomenclature de ces produits nouveaux, auxquels pas un organe, pas une cellule n'échappera. Aussi n'y a-t-il rien d'extraordinaire à ce qu'un médecin nous ait consulté récemment sur le point de savoir s'il lui était possible de faire breveter l'emploi des corps d'animaux à l'état sec, ou tout au moins de déposer un nom breveté à ce sujet. Le droguiste viennois qui vient d'être condamné pour avoir vendu un produit dans lequel figuraient simplement de vulgaires souris, n'était peut-être que le précurseur d'une thérapeutique nouvelle. » Notre confrère conclut en déplorant que les inventeurs ne sachent plus composer les noms nouveaux au moyen de radicaux empruntés au latin, et calquent leur terminologie sur le langage vulgaire. Aussi avec le temps, dit-il, la création d'une chaire de philologie médicale ne tardera pas à s'imposer aux nouvelles générations. Nous ajouterons une chose, c'est qu'il est regrettable qu'aujourd'hui, le mal étant fait et l'habitude prise, nos fabricants français qui ne manquent pas plus d'ingéniosité que les autres dans leurs productions, s'en tiennent encore aux dénominations anciennes de sirop de X, poudre de Y, etc., qui placent l'expérimentateur mal à l'aise pour en faire l'étude et publier les résultats de celle-ci, alors que les termes nouveaux, dont le nom propre, le nom du... bénéficiaire, est absent, laisseraient au thérapeute une beaucoup plus grande liberté d'action. Le nombre des produits allemands dont nos recueils de thérapeutique sont remplis, en toute honnêteté, d'ailleurs, est incalculable et va toujours croissant. En pourrait-on dire autant des produits français?

PETITE CHRONIQUE

A signaler périodiquement les maux actuels de notre profession, il n'y a pas risque de manquer de matière, hélas! mais on court le danger de sembler jouer inutilement les Cassandre, si, comme il est arrivé trop souvent, il s'agit de situations résultant de l'évolution inéluctable des idées et des mœurs. Il est triste de le constater chaque jour, le médecin est devenu de plus en plus l'être corvéable à merci sur lequel il y a tout profit, et aucun danger, à tomber sans cesse.

Le fait qui vient de se passer à Paris pour le service médical de nuit en est la preuve bien nette. Il ne s'agit plus ici de sociétés de pseudo-bienfaisance économique : il s'agit de services publics, pour lesquels l'exploitant n'a pas à arguer de sa misère, ni à jouer de la corde humanitaire, corde qui a si souvent servi à nous pendre.

Il est inutile de rappeler les faits. Un beau jour, un conseiller municipal, en quête de trous à boucher dans la poêle à marrons qui symbolise le fond de notre budget parisien, s'aperçoit que le service médical de nuit coûte près d'un demi-million à la Ville. Il est certain que ce service n'avait pas été institué dans le but de rapporter à nos édiles la forte somme. Mais un demi-million, c'était évidemment un peu cher. On alla aux causes, et l'on découvrit sans longues recherches que le déficit provenait de la négligence avec laquelle la ville de Paris se faisait rembourser du prix de la visite de nuit, prix *avancé* par elle au médecin et réclamé ensuite au client. S'il ne s'était agi que de malades pauvres, la minceur des recettes n'aurait eu rien d'imprévu. Mais le service de nuit est à la disposition de tout citoyen qui le réclame. Le plus riche banquier, si son médecin est absent ou trop loin et si le péril est urgent, peut envoyer au poste de police faire requérir un médecin du service de nuit par un agent.

Régulièrement la Ville ne devrait payer que pour les indigents. Malheureusement, il se trouve que l'administration municipale, lorsqu'il s'agit de faire rentrer des recettes provenant des particuliers, est, pour des raisons diverses, la plus négligente des caissières. Un autre conseiller municipal a donné vers la même époque le relevé piquant des comptes en souffrance, dûs à la Ville pour d'autres chapitres, et a fait alors au public les plus étonnantes révélations. Il paraît qu'il y a des industriels qui doivent à la Ville des notes de consommation de gaz atteignant des trente et quarante mille francs, depuis une douzaine d'années, d'autres des droits de stationnement depuis vingt ans, et ainsi de suite. Les raisons? Questions électorales souvent, plus souvent encore abondance de paperasseries permettant aisément au débiteur de gagner du temps et d'atteindre sans encombre les régions sereines de l'insolvabilité ou de la prescription légale. Or, il s'agit ici de gros industriels, de vils bourgeois, indignes de toute pitié. Quand il s'agit de l'électeur, directement mis en cause, vous pensez bien que c'est mollement qu'une administration paternelle vient le tourmenter pour une misère de quelques francs.

Seulement, il y a des malins qui ont vu promptement le parti à tirer de cet état de choses, et qui n'ont plus fait venir chez eux que le médecin de nuit, histoire de se faire soigner aux frais de la princesse.

Il eût fallu que le médecin, sûr d'être payé, eût l'âme bien cruelle pour dénoncer l'abus. Il y en a tant d'autres, qui, ceux-là, se font à ses dépens! On a été plus loin et l'on a avancé que certains médecins s'entendaient avec le malade pour se faire demander la nuit et partageaient ensuite. C'est possible; encore faudrait-il citer des faits précis, et, s'il y a eu réellement des manquements, les punir sans pitié: procéder par insinuation, sans preuves, est une manœuvre toujours indigne de gens qui se respectent.

Pour revenir au conseiller municipal déjà nommé, lorsqu'il s'est trouvé en présence du déficit formidable dû à la mauvaise gestion du service des recouvrements de la Ville, vous pensez peut-être que c'est du côté des carottiers qu'il s'est tourné en réclamant un peu plus de sérieux dans la manière de faire rentrer les fonds! Il faudrait être peu de son époque pour ne pas deviner que c'est du côté des médecins, et à leurs dépens, qu'on a cherché le remède, C'est bien simple! Il n'y a qu'à réduire leur traitement : ce sont, en général, des jeunes qui font ce service, déjà entraînés à l'habitude des faibles recettes et des menus honoraires; ils crieront bien un peu, mais, bah! ils crient toujours. D'ailleurs qui les plaindra?

Et voilà comment le service fut confié aux médecins du bureau de bienfaisance pour la somme fixe de 600 francs par an, ce qui met à 33 sous environ le repos nocturne de chacun de ces malheureux.

Cette fois la partie était belle. La situation faite était honteuse : le public, une fois par hasard, était plutôt sympathique aux réclamations de nos confrères. Il était facile de faire l'entente, de refuser en masse, la question de secours aux malheureux n'étant pas en cause.

Personne n'a bougé. Dès le lendemain tous avaient accepté. Il y a eu cependant, je dois le dire, un essai de résistance dans le XIe arrondissement; une acceptation d'abord, puis une menace de discussion et peut-être de ce côté, grâce à la courageuse résistance de nos quatre confrères du XIe, y a-t-il quelques chances de voir l'odieux de la mesure éclater aux yeux de tous.

Ainsi donc, on veut que, pour 600 francs par an,

nos malheureux confrères permettent à quiconque de tirer leur sonnette de 10 h. du soir à 6 h. du matin avec la consolation d'avoir aidé à équilibrer le budget de la ville de Paris! A la prochaine grève en province, nos édiles pourront faire de plus belles largesses, et pour ne pas être réconforté par cette perspective il faudrait se montrer bien difficile.

Avec quarante-huit heures de solidarité et d'entente de notre côté, le conseil municipal eût mis les pouces : nous n'avons pas osé!

Tristes temps, hélas, que ceux où la profession médicale en est réduite à de semblables humiliations et à de telles abdications! Que l'on s'étonne ensuite de voir, dans le groupe des impatients et des sans scrupules, sombrer quelques consciences et des affaires comme la vilaine histoire Boileux-de La Jarrige, éclater un beau matin aux yeux de l'électeur scandalisé! Quand il n'y a plus de foin au râtelier...

R. Bl.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, deuxième édition, revue et augmentée. 1 vol. grand in-8° de 1154 pages. — Masson et Cie, éditeurs.

La plupart de nos lecteurs ont entre les mains le Traité de clinique thérapeutique de notre collaborateur, le Dr Lyon; en deux ans la première édition a été épuisée et ce fait, mieux que tout commentaire, témoigne de la faveur avec laquelle cet ouvrage a été accueilli. C'est qu'en effet il est venu combler une lacune qui existait depuis longtemps dans la littérature médicale; les médecins et les étudiants n'avaient jusqu'ici à leur disposition qu'un seul traité de thérapeutique, qui était incomplet, quoique volumineux, et qui surtout ne présentait pas un tableau exact de la thérapeutique contemporaine si profondément modifiée par les progrès de la bactériologie. Le rôle de la thérapeutique par les médicaments, de la vieille médecine des symptômes, allait s'effaçant devant l'importance toujours croissante de la thérapeutique pathogénétique ; c'est cette rénovation de la thérapeutique que Lyon a voulu consacrer dans un ouvrage assez élémentaire pour pouvoir être facilement consulté par tous, assez complet cependant pour ne pas encourir le reproche de présenter des lacunes importantes. Quoique débutant dans la carrière médicale, il n'a pas hésité à assumer la tâche vraiment considérable d'écrire à lui seul un Traité de thérapeutique, qui reflète fidèlement toutes les doctrines contemporaines; il y a fait preuve d'une profonde érudition, tout en évitant d'étaler un luxe inutile de renseignements bibliographiques.

On reconnaît aisément à la lecture que l'auteur a puisé à toutes les sources, mais qu'avec un grand discernement il a su écarter les médications surannées, comme toutes celles qui n'ont pas encore reçu une consécration suffisante; en un mot, il a fait preuve d'un sens critique du meilleur aloi et s'est montré résolument novateur, sans oublier cependant les grandes méthodes thérapeutiques qui ont résisté à l'épreuve du temps. Elevé à l'école de ce grand thérapeute qu'était le professeur Germain Sée, il s'est placé de suite à l'avant-garde, en évitant toutefois les exagérations, les partis pris que l'on a reprochés justement à son maître.

La première édition du *Traité élémentaire de clinique thérapeutique* présentait, nous venons de le dire, un tableau aussi exact que possible de la thérapeutique contemporaine; la seconde édition a cependant subi des améliorations et des changements considérables, puisqu'elle comporte deux cents pages de plus que la première; c'est constater combien rapides sont les progrès accomplis dans le domaine de la thérapeutique et aussi quel soin l'auteur a apporté à la revision de son livre. Toutes les parties de son traité ont été remaniées et il n'est pas une page où des modifications de forme ou de fond n'aient été apportées; le chapitre des dyspepsies chimiques en particulier a été presque entièrement refondu.

D'autre part, de nombreux chapitres nouveaux ont été ajoutés; signalons d'abord celui qui est consacré à la diphtérie et qui était rendu nécessaire par l'application de la sérumthérapie, postérieure à la première édition; citons, parmi les autres, ceux consacrés au traitement de l'embarras gastrique, de l'entéralgie, de la péritonite tuberculeuse, de l'œdème pulmonaire, des asphyxies, de l'asystolie, des néphrites aiguës, des albuminuries, des névroses traumatiques, du typhus exanthématique, des streptococcies, des oreillons, de l'actinomycose, de la leucémie, des empoisonnements, etc. En outre les praticiens seront heureux de trouver dans cette seconde édition un important appendice consacré à la « liste des médicaments les plus usuels avec l'indication de leur mode d'emploi et de leur dosage ».

Nous ne doutons pas que cette seconde édition retrouve le succès de la première et nous sommes convaincus que l'ouvrage de notre collaborateur deviendra classique; c'est là le meilleur éloge que nous en puissions faire.

E. Vogt.

Le Propriétaire-Gérant : Blondel.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Académie de médecine (*Suite*). *Séance publique annuelle, tenue le 15 décembre 1896.* — DISTRIBUTION DES PRIX DE L'ANNÉE 1896.

PRIX DE L'ACADÉMIE : 1,000 fr. — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.* L'Académie décerne : 1° un prix de 600 fr. à M. G. Küss, de Paris ; 2° 400 fr., à titre d'encouragement, à M. Ausset, de Lille.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil) : 800 fr. — Le prix est partagé entre MM. E. Cassaët, de Bordeaux, pour son mémoire intitulé : *De la péritonite à pneumocoques*, et Ferrier (médecin militaire), pour son *Etude sur l'étiologie, l'évolution clinique et le traitement du goitre épidémique.*

PRIX BAILLARGER : 2,000 fr. — Un prix de 1,000 fr. est décerné à M. P. Sérieux, de Villejuif, auteur de divers travaux sur la *Thérapeutique des maladies mentales et organisation des asiles d'aliénés.*

PRIX BARBIER : 2,000 fr. — Neuf ouvrages ont été adressés pour ce concours. L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde, à titre d'encouragement : 1° 1,000 fr. à M. A. Lucet, médecin-vétérinaire à Courtenay, pour son mémoire ayant pour titre : *De l'aspergillus fumigatus chez les animaux domestiques et dans les œufs en incubation ;* 2° 400 fr. à M. le Dr Sené, de Pauillac, auteur d'un travail intitulé : *Guérison d'un goitre volumineux par l'ingestion de corps thyroïdes de mouton ;* 3° 200 fr. à M. le Dr Loewenberg (de Paris), pour son travail sur le *Traitement abortif du furoncle par la cautérisation ignée ;* 4° 200 fr. à M. le Dr P. de Nucé (de Souillac), pour son mémoire sur la *Guérison de la scrofule, etc. ;* 5° 200 fr. à M. le Dr E. Marchoux (médecin des colonies), pour son travail sur le *Sérum anticharbonneux.*

PRIX CHARLES BOULLARD : 1,200 fr. — Une somme de 800 fr. est partagée à titre de prix entre MM. Ed. Toulouse (de Paris), pour son travail sur les *Causes de la folie, prophylaxie et assistance*, et E. Régis, de Bordeaux, auteur d'un *Manuel pratique de médecine mentale* ; une somme de 400 fr. est partagée à titre de récompense entre MM. S. Garnier de Saint-Ylie, pour sa brochure sur l'*Asile départemental d'aliénés de Dijon*, et A. Pâris, de Maréville.

PRIX MATHIEU BOURCERET : 1,200 fr. — L'Académie partage le prix entre M. le Dr Paul Launay, de Paris, pour son mémoire sur les *Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et chez les animaux supérieurs*, et feu le Dr E. Théremin, de Saint-Pétersbourg, auteur du travail intitulé : *Etudes sur les affections congénitales du cœur.*

Des mentions très honorables sont accordées à : 1° M. le Dr E. Biétrix, de Concarneau, pour son *Etude sur quelques faits relatifs à la morphologie générale du système circulatoire à propos du réseau branchial des poissons ;* 2° M. le Dr Léon Germe, d'Arras, pour ses *Recherches sur l'activité de la diastole des ventricules, sur son mécanisme et ses applications physiologiques et pathologiques.*

PRIX HENRI BEIGNET : 1,500 fr. — Le prix est décerné à M. G. Bertrand, de Paris, pour son *Etude de deux points nouveaux de l'histoire des diastases.*

Des mentions honorables sont accordées à : M. le Dr Moreigne, de Paris, pour son *Etude sur les méthodes de dosage ;* 2° M. le Dr E. Gautrelet, de Vichy, auteur d'un mémoire intitulé : *Urobilinimètre spectroscopique, etc. — La docimasie et la séméiologie des pigments urinaires normaux ;* 3° M. Arthus, de Fribourg (Suisse), auteur de travaux ayant pour titre : *Recherches sur quelques substances albuminoïdes. — La classe des caséines. — La famille des fibrines.*

PRIX CAPURON : 1,400 fr. — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus ;* trois mémoires sur cette question ont été adressés au concours. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Chambrelent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PRIX CHEVILLON : 1,500 fr. — Le prix est partagé entre M. le Dr Boinet, de Marseille, et M. le Dr Melville Wassermann, de Paris, auteur d'un travail intitulé : *Epithéliomà primitif de l'urètre.*

PRIX CIVRIEUX : 1,000 fr. — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.* Le prix est décerné à M. le Dr P. Sérieux, de Villejuif. En outre, l'Académie accorde un encouragement à M. le Dr A. Pégurier, médecin militaire.

PRIX DAUDET : 1,000 fr. — Question : *Des angines couenneuses non diphtériques.* Le prix est décerné à M. le Dr Jacquemart, de Paris. Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le Dr Cassedebat (médecin militaire).

PRIX DESPORTES : 1,300 fr. — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 700 fr. à M. le Dr A.-F. Dubergé, médecin de la marine en retraite, pour son travail portant comme titre : *Le Paludisme ; étude de quelques-unes de ses causes ; sa prophylaxie et son traitement ;* 2° 300 fr. à M. le Dr P. Claisse de Paris, auteur du mémoire intitulé : *Bronchites membraneuses ; pathogénie et traitement ;* 3° 300 fr. à M. le Dr J. Goldschmidt, de Paris, pour son travail sur la *Lèpre.*

PRIX FALRET : 900 fr. — Question : *Le Morphinisme et la Morphinomanie.* L'Académie partage le prix de

la manière suivante : 1° 300 fr. à M. le Dr Jacquemart, de Paris ; 2° 300 fr. à M. le Dr P. Rodet, de Paris ; 3° 300 fr. à M. Antheaume et R. Leroy, internes à l'asile Sainte-Anne, pour leur travail en collaboration. En outre, une mention très honorable est décernée à M. Guinard, de Lyon.

Prix Hugo : 1,000 fr. — Histoire des sciences médicales. L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 500 fr. à M. Maurice Albert, de Saint-Cyr, pour son ouvrage intitulé : *Les médecins grecs à Rome ;* 2° 500 fr. à M. le Dr Péry, de Bordeaux, pour son *Histoire de la Faculté de Médecine de Bordeaux*. Des mentions honorables sont, en outre, accordées à MM. les Drs Buret, Cabanès ; E. Dupouy (de Paris), Binet, de Toul ; S. Garnier de Saint-Ylie ; Edward Ehlers de Copenhague ; Constantin Lambros, d'Athènes ; M. le professeur Neumann, de Toulouse ; M. A. Brachet, de Menton.

Prix Laborie : 5,000 fr. — L'Académie décerne un prix de 4,500 fr. à M. le Dr Delorme et M. le Dr Mignon (médecins militaires), pour leur *Mémoire sur l'incision et la ponction du péricarde*. Une somme de 500 fr. est accordée, à titre d'encouragement, à M. le Dr Mauclaire de Paris, pour ses travaux intitulés : *Des Arthrites suppurées. — Maladies non traumatiques des os.*

Prix Lefèvre : 1,800 fr. — Question : *De la mélancolie.*

Le prix est décerné à MM. les Drs Roubinovitch et Ed. Toulouse, de Paris. Une mention honorable est, en outre, accordée à MM. les Drs J. Toy et Th. Taty, de Lyon.

Prix Menot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme) : 2,600 fr. (maladies de l'oreille.)

L'Académie partage le prix de la manière suivante :

1° 1,400 fr. à M. le dr F.-J. Collet, de Lyon, pour ses travaux : *Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif. — Troubles auditifs dans les affections du système nerveux* ; 2° 600 fr., à M. le Dr Em. Menière, de Paris, auteur d'un *Manuel d'otologie clinique* ; 3° 600 fr., à M. le Dr P. Bonnier, de Paris, pour son ouvrage sur les *Fonctions de l'oreille.*

Prix Adolphe Monbinne : 1,500 fr. — L'Académie partage le prix de la manière suivante :

1° 1,000 fr., à M. le Dr E. Legrain, de Bougie, pour ses *Études sur la pathologie algérienne en général et la pathologie saharienne en particulier* ; 2° 500 fr. à M. J.-B. Plot, vétérinaire en chef des domaines de l'Etat égyptien, pour divers travaux intitulés : *Histoire de la rage en Égypte*, etc.

Prix Pourat : 1,000 fr. — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.* Prix : M. le Dr F. Laulanié, de Toulouse.

Prix Saintour : 4,000 fr. — L'Académie a reçu quarante et un ouvrages pour ce concours.

Un prix de 2,000 fr. est partagé entre M. le Dr A. Péron, de Paris, pour ses *Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre*, et M. le Dr E. Boix, de Paris, pour son travail sur *le Foie des dyspeptiques.*

En outre, les récompenses suivantes sont accordées :

1° 400 fr., à M. le Dr E. Gaucher, de Paris, pour ses *Leçons sur les maladies de la peau* et ses *Recherches expérimentales sur la pathogénie des néphrites* ; 2° 400 fr., à M. le Dr A. Leray, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Les Lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale ;* 3° 400 fr. à M. le Dr J. Roubinovitch, de Paris, pour son étude *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, 4° 400 fr. à M. le Dr Lecerf, de Saint-Julien-de-Concelles, pour son *Étude démographique, au point de vue médical, de la commune de Saint-Julien-de-Concelles ;* 5° 400 fr. à M. le Dr G.-H. Lemoine, médecin militaire, pour son étude *Des accidents bucco-pharyngés de la scarlatine ;* 6° 400 fr. à M. le Dr H. de Brun, de Beyrouth, pour son étude sur la *Myxodermie contracturante hémorragique* et plusieurs brochures sur *la Dengue, le Paludisme et la Fièvre rouge en Syrie.* L'Académie accorde, en outre, des mentions honorables à MM. les Drs B. Löewenberg ; E. Sergent, de Paris ; C. Fournier, d'Amiens ; G. Lauth, du Vésinet ; Ch. Pépin, de Dinan.

Prix Saint-Paul : 25,000 fr. — Ce prix a été partagé entre M. le Dr E. Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur à Paris, et M. le professeur E. Behring, de Marbourg. — Les autres travaux présentés à l'Académie ne sont pas récompensés.

Prix Vernois : 700 fr. — Hygiène. — Le prix n'est pas décerné.

L'Académie accorde les récompenses suivantes :

1° 200 fr. à M. le Dr Ch. Viry, médecin militaire, pour ses *Principes d'hygiène militaire ;* 2° 200 fr. à MM. les Drs H. Polin et H. Labit, médecins militaires, pour leur ouvrage en collaboration, intitulé : *L'Hygiène scolaire, principalement à l'usage des médecins des écoles ;* 3° 200 fr. à M. le Dr P-J. Navarre, ancien médecin de la marine, pour son *Manuel d'hygiène coloniale ;* 4° 100 fr. à M. le Dr Mangenot, de Paris, pour son *Essai d'hygiène des constructions scolaires.* Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le Dr A. Chuquet, de Cannes, pour son *Étude d'hygiène climatologique.*

TRAVAUX ORIGINAUX

DES APPENDICITES; LEUR TRAITEMENT.

Par le Dr Auguste BENOIT

Ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation de chirurgie, suppléant à l'hôpital Laënnec.

La question des appendicites et de leur traitement chirurgical a suscité de nombreux travaux dans ces dernières années ; elle remplit encore aujourd'hui la plupart des séances de la *Société de chirurgie*, sans que l'on soit parvenu à se mettre d'accord sur le mécanisme pathogénique et, par suite, sur les indications opératoires, ce qui est fort regrettable. Mais tout ce travail a-t-il été stérile et ne peut-on rechercher s'il n'existe pas un certain nombre de points sur lesquels la lumière soit faite et d'où les praticiens puissent dès maintenant tirer bénéfice? C'est ce que nous nous proposons de faire dans cette étude.

Le premier résultat des nombreuses interventions abdominales pratiquées jusqu'à ce jour, on le sait, a été de démontrer que l'inflammation de l'appendice vermiforme est autrement fréquente que celle du cæcum lui-même, contrairement à l'opinion classique. C'est aux travaux de Matterstock, Krafft, Weir, Trèves, Roux, Fitz, Reclus que l'on doit cette séparation de l'appendicite d'avec la typhlite et la périty phlite, qui résumaient jusqu'alors tous les accidents inflammatoires siégeant dans la fosse iliaque droite. D'autre part, avec Trèves et Tuffier, les anatomistes ont montré que le cæcum est recouvert sur tout son pourtour par la séreuse péritonéale, qui sépare sa tunique musculeuse du tissu cellulaire de la fosse iliaque, sauf de rares exceptions. Il s'ensuit que les accidents de périty phlite doivent le plus souvent se traduire par des collections purulentes intra-péritonéales, et non sous-péritonéales, comme on le pensait autrefois, ce que les chirurgiens ont pu vérifier. Quant aux abcès de la fosse iliaque proprement dits, tantôt ils proviennent réellement d'une inflammation née dans la muqueuse du cæcum, dépourvue de méso, tantôt et le plus souvent ils sont secondaires, ou procèdent d'une autre cause.

Mais, quoique reléguée au second plan, la *typhlite vraie* ne saurait être rayée du cadre nosologique, comme le veut Talamon. De nombreux chirurgiens en rapportent tous les jours quelques exemples, où il est facile de suivre la lésion propagée de la muqueuse au tissu sous-muqueux, à la tunique musculaire et à la séreuse, pour aboutir au tissu cellulaire voisin, sans qu'il y ait participation de l'appendice (Thèse de Mariage). C'est en vain que l'on essaiera d'attribuer à la contraction des muscles de l'abdomen ou à des abcès la sensation de *tumeur en boudin*, qui persiste d'ailleurs sous le chloroforme, comme le fait M. Routier (1). Le cæcum est malade pour son propre compte et la barrière valvulaire demeure pour nous l'origine de nombreuses inflammations *préventives* de cet organe.

Mais c'est de l'appendicite seule que nous voulons traiter aujourd'hui ; quant à aborder l'étude de la pathogénie et du traitement de cette affection, il est indispensable, croyons-nous, d'entrer dans quelques détails anatomiques et étiologiques destinés à la rendre plus claire.

(1) *Société de chirurgie*, 30 décembre 1896.

Considérations anatomiques. — L'appendice vermiforme, ainsi nommé à cause de sa ressemblance avec un lombric, est un tube cylindrique, le plus souvent tortueux, qui naît de la partie inférieure du cæcum, à l'union des trois bandes longitudinales de cet organe avec lequel il communique. Chez le fœtus, il est placé sur le sommet de l'ampoule cæcale ; chez l'adulte, sauf persistance de cette disposition, en dedans et un peu en arrière, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. Ses dimensions sont variables ; sa longueur varie de 6 à 10 centimètres. Son diamètre est celui d'une plume à écrire (Sappey). Sa direction est fort importante à connaître; elle est essentiellement inconstante. Ordinairement, c'est dans la moitié interne de la fosse iliaque droite, au voisinage du détroit supérieur qu'il siège. Il suit une direction *descendante* sur beaucoup de sujets, et se met en rapport avec les organes du petit bassin (vessie, rectum, utérus, ovaire) ; chez d'autres (26 fois sur 200) il est *ascendant* et s'applique sur la face postérieure du cæcum et du côlon, remontant plus ou moins haut, jusqu'à atteindre le bord tranchant du foie. On le voit aussi parfois *externe*, couché sur le fascia iliaca, du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure (52 fois sur 200) ; ou *interne* et, se dirigeant du côté de l'abdomen, on le voit suivre parallèlement l'iléon, ou s'enrouler autour de lui. L'appendice est creusé d'un canal central fort étroit, terminé en cul-de-sac inférieurement et ouvert supérieurement dans le cæcum par un orifice plus large chez le fœtus que chez l'adulte et muni d'une valvule à laquelle Gerlach a attaché son nom. Testut déclare n'avoir vérifié son existence que sur 1/100 des sujets examinés. L'appendice est fixé par un méso, qui lui est fourni par le feuillet inférieur du mésentère. Le méso-appendice, qui est presque complet, rattache ce prolongement au mésentère d'une part, au cæcum d'autre part. Chez la femme, disposition utile à connaître, ce méso est parfois relié (20 fois sur 100, d'après Testut) aux organes intra-pelviens par un petit repli falciforme qui fait suite au bord supérieur du ligament large correspondant ; il existe alors des communications lymphatiques entre l'appendice et l'ovaire.

La *structure* de l'appendice est analogue à celle du cæcum. Sa muqueuse est remarquable par le nombre et le volume de ses glandes composées (gl. de Lieberkuhn) et par l'abondance des follicules clos ; elle est constituée principalement par du tissu adénoïde, ce qui rend compte de la facilité avec laquelle elle s'infecte. Dans les parois se ramifient, par moitiés, les fins rameaux de l'*artère appendiculaire*, renforcés par deux autres rameaux venus l'un du cæcum, l'autre de l'iléon. Les *lymphatiques* se portent vers l'angle iléo-cæcal, à la base du méso.

Étiologie. — On observe plus souvent l'appendicite chez l'homme que chez la femme. Maurin (1) a réuni 94 cas, sur lesquels il compte 78 sujets du sexe masculin et 16 du sexe féminin. Selon Fowler, dont la statistique comprend 557 cas, on trouve une proportion de 80 p. 100 en faveur de l'homme. On avait cru autrefois que l'affection était presque spéciale à la première enfance. On sait aujourd'hui qu'elle est au contraire plutôt rare au-dessous de dix ans et après quarante-cinq. Le maximum s'observe entre quinze et vingt-cinq. C'est donc une maladie de l'adolescence et de la jeunesse. Bayer a pourtant cité un cas de perforation chez un enfant âgé de quelques mois; ces cas sont exceptionnels. La nature de l'*alimentation* constitue une cause prédisposante dont on ne peut nier l'importance, ainsi que la *constipation ;* aussi voit-on l'appendicite sévir bien plus fréquemment en Angleterre, en Suisse, en Allemagne que chez nous.

Le *traumatisme*, le *froid*, jouent souvent le rôle de causes occasionnelles, ainsi que nous l'avons vérifié sur beaucoup d'observations. Peut-être faut-il y joindre certaines prédisposi-

(1) *Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire*, Paris, 1890.

tions d'ordre anatomique, telles que le volume considérable de l'appendice, l'absence ou l'insuffisance de la valvule de Gerlach, ce qui permet l'introduction facile des corps étrangers dans sa cavité. C'est ainsi qu'on s'expliquerait, par une anomalie héréditaire, l'existence de l'*appendicite familiale*, signalée par Dieulafoy et Faisans et reconnue de tous. Selon Roux, l'appendicite serait d'ailleurs souvent *héréditaire* (40 p. 100 des cas).

Anatomie pathologique. — Occupons-nous tout d'abord des lésions qui caractérisent l'*appendicite calculeuse* et qui sont bien connues aujourd'hui : lorsque la lumière de l'appendice est obstruée par un corps étranger quelconque, celui-ci se distend par suite de l'hypersécrétion muqueuse qui se produit. La phlegmasie gagne la séreuse et retentit jusque sur la surface du cæcum, de l'intestin grêle, du grand épiploon qui contractent bientôt des adhérences avec l'organe enflammé. C'est ainsi que l'appendice se trouve immobilisé sur le cæcum ou l'iléon, ou bien au milieu des anses intestinales, ou dans la fosse iliaque. Si la tension du liquide sécrété est assez forte pour refouler le corps étranger dans le cæcum, on voit une brusque détente se produire. Au contraire, s'il demeure enclavé dans les parois, on assiste à l'éclosion brusque d'accidents de *perforation*. Celle-ci ne serait pas d'ordre mécanique, comme on l'avait pensé tout d'abord. Roux (de Lausanne) a fait connaître au Congrès français de chirurgie (Lyon, 1894) le résultat de ses expériences à ce sujet : en introduisant des corps étrangers dans l'appendice de porcs, il avait constaté que le corps étranger seul ne produit pas de perforation « même s'il y a un trouble marqué de la circulation ». S'il survient un catarrhe intestinal, même léger, avec inflammation et gonflement de la muqueuse, celle-ci se laisse embrocher sur le corps étranger, s'ulcère et se perfore. Le calcul n'a donc servi, comme le remarque Talamon, qu'à localiser et à hâter le processus ulcéreux. Selon Quénu, l'infection se ferait surtout au niveau des follicules clos qui séparent les glandes en tube, se plaçant, comme dans l'intestin, au contact direct de l'épithélium. Celui-ci se desquame, laissant une ulcération qui aboutit à la perforation.

Les *perforations* siègent surtout au voisinage de la pointe, parfois sur l'une des faces, rarement dans le voisinage du cæcum. Elles se présentent sous la forme d'un orifice étroit, punctiforme, par où la muqueuse fait hernie, ou ovalaire, à bords déchiquetés, large de quelques millimètres ; ou bien linéaire, placé sur le bord d'une eschare. Roux a vu des orifices multiples.

Une fois la perforation produite, sauf le cas rare où elle se fait entre les deux feuillets du méso, dont l'existence, nous l'avons dit, est inconstante, l'infection se propage au péritoine. Dès lors, où bien il se déclare une *péritonite généralisée*, ou, s'il y a eu formation d'adhérences, une *péritonite circonscrite*, un abcès enkysté du péritoine pouvant s'ouvrir secondairement dans la grande cavité péritonéale et aboutir aussi à la péritonite généralisée. D'ailleurs, les abcès sous-péritonéaux, qui se forment en arrière du cæcum, ne tardent pas à perforer l'appendice vers sa base et deviennent bientôt à leur tour intra-péritonéaux, d'après Roux. La formation d'un abcès, après la perforation de l'appendice n'est pas fatale. Il semble que la virulence microbienne de l'épanchement appendiculaire ne soit pas assez prononcée dans certains cas pour en empêcher la résorption; mais il y a presque toujours des récidives en perspective.

C'est autour du point perforé que se forme l'*abcès*, lorsqu'il y a suppuration. Celui-ci est au début gros comme une noisette, encapsulé par les adhérences. Mais il se forme de nouvelles collections entre le cæcum et l'appendice, en avant ou en arrière, ou dans la fosse iliaque, et tous ces petits abcès ne tardent pas à fusionner et à donner lieu à une vaste collection purulenle, à odeur fécale caractéristique, même s'il n'y a pas communication avec l'intestin. Quelquefois, le pus est véritablement mélangé de matières fécales et de gaz, avec

des débris gangrenés de l'appendice ou de l'intestin. Suivant leur siège, Gerster (1) décrit un abcès *ilio-inguinal* situé un peu au-dessus du pli de l'aine, derrière la paroi abdominale, un abcès *antérieur*, sur la face antérieure du cæcum, un abcès *postérieur*, entre le cæcum et la fosse iliaque ; un abcès *rectal*, qui fuse vers le petit bassin ; un abcès *interne* qui se forme en dedans du cæcum, au milieu même des anses de l'intestin grêle. Inutile de dire que c'est un simple schéma, car les diverses variétés ci-dessus se combinent entre elles dans beaucoup de cas.

Quel est le sort des abcès périty phliques abandonnés à eux-mêmes ? Ils peuvent guérir spontanément, soit par *évacuation* dans l'intestin grêle, soit par *résorption*. Dans le premier cas, plusieurs évacuations peuvent avoir lieu avant qu'apparaisse le pus dans les selles, depuis le moment de la détente. Les ouvertures se ferment avec une étonnante rapidité. Dans le second cas, le pus se stérilise de lui-même et les accidents cessent. Roux (2) a observé la résorption depuis le simple épaississement du pus jusqu'à la caséification et la calcification. Cet auteur est allé jusqu'à refermer la cavité abdominale, lorsqu'il s'est trouvé en présence de ces résidus d'abcès autour d'un appendice perforé ; recueillant du pus, il s'assura par l'examen bactériologique de la disparition complète des micro-organismes. Le drainage des abcès appendiculaires par l'appendice lui-même est très problématique et il est nié par Roux, qui a trouvé presque toujours l'appendice oblitéré à sa base. Les abcès peuvent aussi s'ouvrir à l'extérieur, au-dessus du pli de l'aine ; c'est là un fait connu, sur lequel nous n'insisterons pas. Signalons encore l'ouverture dans le rectum, assez fréquent, et, comme raretés, dans les vaisseaux iliaques, la vessie, le thorax.

Les altérations de l'*appendicite catarrhale non calculeuse* sont moins bien décrites que les précédentes. On trouve l'appendice hypertrophié et induré, parfois coudé sur lui-même, adhérent. Sa cavité peut être dilatée et contenir du pus ou du muco-pus ; plus fréquemment, il existe un ou plusieurs points rétrécis qui la transforment en plusieurs kystes indépendants, milieu de culture de choix pour les micro-organismes intestinaux (Kelsky). La cavité peut même être oblitérée complètement par des poussées inflammatoires qui produisent l'infiltration fibreuse des parois de l'appendice et finissent par le transformer en un *cordon fibreux*. Cenn a décrit ce processus sous le nom d'*appendicite oblitérante*. Au microscope, on constate sur les coupes les signes de la phlegmasie de la muqueuse et de la sous-muqueuse, dont les éléments normaux ont disparu, tandis qu'il se fait une infiltration de cellules rondes. Kummel (3) a montré que l'inflammation des parois de l'appendice, riche en lymphatiques, comme on sait, est susceptible de donner naissance à un abcès, sans qu'il y ait pour cela de perforation. Il se fait de la lymphangite appendiculaire et péri-appendiculaire qui aboutit en dernier terme à un abcès.

Pathogénie. — Il est un point aujourd'hui acquis, c'est que les agents infectieux sont les seules causes déterminantes de l'appendicite ; ils agissent à la façon des lésions de la muqueuse produites par l'une des causes occasionnelles que nous avons exposées. M. Dieulafoy (4) distingue deux grandes variétés d'appendicite : 1° l'appendicite calculeuse ; 2° l'appendicite non calculeuse. Étant donné le mécanisme que cet auteur invoque lui-même et d'après lequel il y aurait toujours occlusion de la cavité appendiculaire, qu'il s'agisse des calculs ou de la sténose cicatricielle, nous préférons laisser de côté toute division basée sur

(1) Gerster. *New-York. Med. Journ.*, 5 juillet 1890.

(2) Roux (de Lausanne). *Remarques sur une nouvelle série d'appendicites* (9e Congrès de chirurgie, Paris, 1895).

(3) *De la résection prophylactique du processus vermiforme.* Congrès de Rome, mars-avril 1894.

(4) Dieulafoy. *Bull. de l'Acad. de méd.*, mars 1896.

la présence ou l'absence des corps étrangers, dans l'appendice, pour exposer les processus pathogéniques différents en lesquels se résument aujourd'hui les opinions de divers auteurs. Nous distinguerons trois principales théories : *a*) la théorie de l'*oblitération* ou théorie du vasé clos (Dieulafoy, Routier) ; *b*) la théorie de l'*infection* (Recfus, Brun); *c*) la théorie *mixte* (Pozzi).

a. *La théorie de l'oblitération* est basée sur des expériences de laboratoire assez précises: M. Roger présenta à la Société médicale des hôpitaux (1) l'appendice ligaturé aseptiquement, d'un jeune lapin, qui fut sacrifié au bout de trois mois. La poche de l'appendice fut trouvée transformée en une cavité kystique ne communiquant pas avec le reste de l'intestin et renfermant un pus épais, dans lequel on trouvait *le bacillus coli* à l'état de pureté. Il résulte de cette expérience que le coli bacille, vivant inoffensif dans l'intestin normal, devient nocif lorsqu'il y a stase. Notons que les vaisseaux n'avaient pas été compris dans la ligature, ce qui supprime l'hypothèse de troubles vasculaires. L'abcès qui se forme dans ces conditions peut demeurer latent, ou bien provoquer des accidents péritonéaux. De son côté, Klecsky a fait à l'institut Pasteur les expériences les plus démonstratives à ce sujet : si la virulence des microbes contenus dans l'intestin est représentée par 1, dit-il, la virulence de ces mêmes microbes, si on transforme l'intestin en cavité close, après double ligature, deviendra 8, 9 ou 12 et les animaux succomberont très rapidement à une péritonite généralisée, consécutive à l'exaltation de virulence des agents infectieux et à leur *passage à travers les parois intestinales*. Ce dernier phénomène a été surtout bien mis en évidence par une planche qu'a publiée le professeur Dieulafoy et qui est un des meilleurs arguments en faveur de sa théorie. On y voit très clairement les microbes pulluler au niveau de la cavité close et coloniser dans la paroi, qu'ils franchissent pour gagner la séreuse; au contraire, si l'on examine la partie située au-dessus de l'étranglement, on constate que les microorganismes font totalement défaut. Telles sont les conséquences de l'occlusion appendiculaire. Comment s'opère cette oblitération, cause directe des troubles que nous venons de décrire? Tout d'abord, par la pénétration des *corps étrangers* dans l'appendice, qu'il soit normal ou congénitalement dilaté (avec insuffisance de la valvule de Gerlach ?). Les uns viennent du dehors; ce sont les moins fréquents (3 fois sur 65, d'après Roux) et ils consistent en noyaux de fruits, arêtes de poisson, fragments d'os. Les autres formés dans l'économie comprennent les calculs biliaires et les entérolithes, ou concrétions fécales durcies. Les entérolithes ont le volume d'une lentille, d'un haricot, d'un noyau de datte. Ils sont mous, faciles à écraser; mais parfois ils acquièrent la dureté des noyaux de fruits dont ils prennent l'apparence. Il en est qui se forment d'ailleurs autour d'un corps étranger central. Peu nous importe de savoir si ces concrétions stercorales se forment sur place ou viennent du cæcum. Ce mode d'occlusion de l'appendice n'est pas unique, car on invoque également les *sténoses* cicatricielles fréquentes de ce conduit et les coudures qu'il présente surtout en arrière du cæcum. Pozzi compare cette dernière à la torsion du pédicule des kystes ovariques. Il se fait alors de la rétention de mucus et des troubles circulatoires des parois qui favorisent l'activité des microbes venus de l'intestin ou normalement contenus dans l'appendice et en exaltent la virulence. Mais, en dehors des causes susdites, l'occlusion peut encore être réalisée par le simple gonflement inflammatoire de la muqueuse. L'hypothèse du *bouchon muqueux*, émise par M. Pozzi et défendue par M. Routier (2), vient compléter la conception du vase clos de M. Dieulafoy; l'appendice serait momentanément oblitéré, comme cela s'observe sur les muqueuses de la trompe d'Eustache, du canal cholédoque, des fosses nasales. Mac Burney est partisan résolu de l'occlusion, par quelque méca-

(1) Séance du 3 janvier 1896.
(2) *Société de chirurgie*, 30 décembre 1896.

nisme que ce soit. Mais le même accident, dit-il, peut donner des résultats différents ; suivant que le malade est plus ou moins prédisposé, on aura des accidents bénins ou des accidents graves.

On s'est élevé contre l'exclusivisme de cette théorie. N'a-t-on pas vu dans mainte opération l'appendice dilaté contenir plusieurs petits calculs n'oblitérant pas sa cavité ? Et, dans les cas où les corps étrangers font totalement défaut, n'a-t-on pas vu la cavité appendiculaire infectée, parfaitement libre de tout rétrécissement ou de tout bourgeon muqueux, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en passant un stylet ? Enfin, s'il est absolument établi que l'on trouve le plus souvent un appendice malade appendu à un cæcum sain (bien que le contrôle histologique fasse souvent défaut), on a cité des cas indéniables où les lésions portaient uniquement sur le cæcum, l'appendice demeurant indemne. Or, il ne saurait être question, pour le cæcum, du mécanisme de l'occlusion (Bazy, Tillaux). Il a même été possible de constater la complète stérilité de l'épanchement contenu dans l'appendice oblitéré. Cliniquement, on voit souvent des opérés continuer à souffrir après l'ablation de leur appendice.

Ce à quoi les partisans de l'oblitération répondent que, pour la réaliser, il suffit d'un obstacle fragile, difficile à apprécier et le plus souvent passager, puisqu'il s'agit de troubles circulatoires agissant sur un canal étroit que le gonflement de sa muqueuse suffit à combler en un ou plusieurs points. C'est assez dire que l'examen pratiqué, non sur le vivant, mais sur des pièces anatomiques, ne donnera pas de résultats, surtout après les manipulations préliminaires des coupes histologiques.

D'ailleurs, selon M. Rouher, il est un fait facile à vérifier : lorsqu'on s'apprête à faire l'ablation de l'appendice non perforé, si on le saisit entre les doigts et qu'on le comprime comme pour en exprimer le contenu dans le cœcum, on observe que l'organe reste dur, rigide et comme en érection. En le sectionnant, après sa résection, on trouve toujours, ou bien un canal dilaté et béant, ou bien soit un hématome, soit du pus et des calculs, soit de la matière fécale liquide. On est donc bien forcé d'admettre qu'il y avait cavité close. Dans le même ordre d'idées on ne saurait accorder grande valeur à la stérilité constatée dans certains épanchements appendiculaires, car le liquide a pu être virulent au début de l'occlusion et se stériliser de lui-même par un processus de guérison dont il a été donné des preuves indubitables.

b. *Théorie de l'infection.* — Pour de nombreux chirurgiens, au contraire, l'appendicite n'est le plus souvent que le résultat d'une infection intestinale. Elle est favorisée suivant L.-Championnière par une alimentation trop abondante et une mastication défectueuse. Elle est consécutive pour d'autres à des accidents intestinaux, tels que des entérites, des entéro-côlites ; on l'observe, à titre secondaire, dans l'angine, la varicelle, la rougeole, les oreillons, et surtout la *fièvre typhoïde.* M. Reclus a cité à cet égard une curieuse observation ayant, dit-il, la rigueur d'une expérience de laboratoire : une femme de trente ans, atteinte d'oxyures vermiculaires, se donne une violente inflammation de la muqueuse intestinale en prenant en lavement une solution de sublimé corrosif dont le titre était trop élevé. Quinze jours après, une appendicite se déclarait.

L'interprétation de ce fait est la suivante à ce qu'il semble : côlite mercurielle, *stagnation* dans l'appendice, comparable à une sorte de fistule borgne interne, et crise péritonitique consécutive. Lorsque l'appendicite est consécutive à la rétention de calculs dans la cavité diverticulaire, c'est encore grâce à l'irritation muqueuse qu'ils occasionnent, que se fait l'infection des parois qui s'ulcèrent et se perforent ; point n'est besoin d'invoquer, même dans ces cas, l'hypothèse du *vase clos.* Enfin, ne faut-il pas tenir compte de ces observations nombreuses dans lesquelles l'appendicite se produit avec un canal largement ouvert dans le cæcum ?

Il est difficile d'admettre sans preuve qu'il puisse toujours se produire un bouchon muqueux, alors qu'il est prouvé par les expériences sur les animaux que le degré excessif de virulence peut d'emblée, et sans autre condition, entraîner le passage des microbes à travers les parois et dans les lymphatiques.

c. *Théorie mixte.* — Nous réunissons dans ce groupe les opinions qui, tenant compte de la diversité des faits, s'inspirent d'un sage éclectisme et déclarent qu'il ne faut pas essayer d'établir une théorie générale applicable à tous les cas. D'une part, la stagnation et l'infection consécutive dans l'appendice librement ouvert est justifiée par les faits. D'autre part, il est impossible de méconnaître la valeur des expériences de laboratoire qui démontrent la manifestation de la virulence dans l'appendice oblitéré ; d'où les conséquences suivantes : par l'oblitération de l'appendice sain, les microbes indifférents de l'intestin peuvent se transformer en microbes pathogènes. En second lieu, il y a exaltation de virulence dans une cavité déjà infectée, lorsque l'occlusion vient à se produire.

Nous signalons, pour être complet, une théorie défendue par M. Poirier, d'après laquelle les accidents fréquents d'appendicite dans l'enfance et l'adolescence s'expliqueraient par les phénomènes de régression dont l'appendice vermiculaire est le siège pendant les vingt premières années. On ne comprend guère, dit M. Reclus, comment un processus aussi lent, pourrait subitement se traduire par des accidents ayant la brusquerie du début de l'appendicite.

Séméiologie. — Deux grandes divisions cliniques, suivant qu'il y a ou non suppuration (*forme catarrhale, forme suppurée*).

A. *Appendicite non-suppurée, avec ou sans perforation.* — On sait la brusquerie du début de toute appendicite : une douleur paroxystique se manifeste, partie de la fosse iliaque droite et s'irradiant dans tout le ventre, pendant que les patients vomissent et ont des tendances à la syncope. La température s'élève peu dans cette forme, 1 à 2° seulement.

On détermine à la pression une douleur fixe qui s'exaspère ou se réveille à 3 ou 4 centimètres en dedans de l'épine iliaque, sur le bord externe du muscle droit, environ sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic : c'est là ce que l'on nomme le point de Mac Burney. Ce point correspondrait à l'origine de l'appendice. Bientôt les symptômes inquiétants s'amendent, le ballonnement diminue, les selles reparaissent et l'on arrive à percevoir, au-dessus de l'arcade, en dedans du cæcum, une zone d'induration limitée, à forme ovoïde, parallèle au ligament de Poupart, qui n'est pas l'appendice lui-même, mais bien la tumeur formée par les adhérences, au centre desquelles il est caché. Talamon a décrit sous le nom de *colique appendiculaire*, une forme particulière d'appendicite sans inflammation, ni perforation. Ce serait une crise douloureuse provoquée par le séjour d'un calcul dans la cavité de l'appendice, crise bruyante, qui cesserait dès que le corps étranger aurait été expulsé dans le cæcum, c'est-à-dire après un à deux jours. L'auteur prétend que cette colique appendiculaire, qu'il compare à la colique hépatique ou néphrétique, serait la phase initiale de toutes les autres variétés, ce qui n'est évidemment qu'une vue de l'esprit.

B. *Appendicite suppurée.* — Cette forme est parfois bien difficile à distinguer de la précédente, les signes de la suppuration étant fort malaisés à établir. Si la température donne parfois quelques indications, combien de fois n'a-t-on pas trouvé des abcès, là où on croyait rencontrer des lésions peu avancées et inversement. Aussi devons-nous nous borner à décrire les formes qui empruntent à des accidents de perforation une physionomie particulière.

L'appendicite perforante avec *péritonite généralisée* éclate avec une très grande brusquerie : douleur syncopale, vomissements, constipation, fièvre atteignant 39°, tels sont les signes que l'on observe. La *douleur* peut être localisée dans la fosse illiaque droite, mais elle est parfois péri-ombilicale et ne tarde pas du reste à se généraliser à tout le ventre. Les *vomissements* sont alimentaires, puis bilieux, verdâtres ou noirâtres ; ils peuvent aussi devenir fécaloïdes, sans qu'il y ait obstacle au cours des matières. La constipation semble due à la paralysie intestinale ; le pouls est petit, fréquent, la peau brûlante, le facies péritonitique.

Les *signes objectifs* manquent de précision. La *pression* réveille de la douleur dans tout l'abdomen. La *percussion* révèle de la sonorité dans tout le ventre, à cause de la distension des anses intestinales, bien qu'il y ait un épanchement purulent considérable, que seul le *toucher rectal* permettra parfois de sentir, collecté dans le petit bassin. Autour de l'ombilic, il y a parfois une zone submate due au grand épiploon enflammé.

Dans l'appendicite perforante avec *péritonite localisée,* les symptômes précédents sont très atténués. La perforation fait suite en général à une période de douleurs, de fièvre, d'anorexie, ou bien elle éclate en pleine santé. Mais les symptômes graves disparaissent après deux ou trois jours et l'on constate dans la fosse iliaque droite les signes d'une suppuration circonscrite. C'est au-dessus de l'arcade crurale, en dehors de l'épine iliaque qu'il faut chercher une résistance spéciale de la paroi abdominale, en rapport avec la zone des adhérences péricæcales. D'après certains auteurs, on pourrait souvent sentir l'appendice lui-même formant une tuméfaction limitée, *en dedans du cæcum*, ce qui est difficile à apprécier, avec la tension exagérée des parois abdominales. Mais lorsque les premiers jours sont passés, on voit alors survenir de l'empâtement et une voussure appréciable à la vue, laquelle est mate à la percussion. Quant à la *fluctuation*, il ne faut pas compter la percevoir, car elle n'existe que dans le cas de foyers de suppuration très étendus. D'après Roux, lorsqu'après deux ou trois jours de mauvais état général on ne voit pas apparaître de rémission véritable et que l'induration pericæcale persiste avec des signes de vacuité du cæcum, on peut affirmer la présence du pus, s'il y a eu toutefois au début les signes caractéristiques de la perforation.

L'*appendicite à répétition* est caractérisée par des poussées successives ; il persiste, après chaque crise, un reliquat inflammatoire qui se réchauffe sous l'influence des causes occasionnelles habituelles. Dans l'intervalle, il persiste souvent des *signes locaux*, une tumeur ovoïde au-dessus de l'arcade, le point fixe de Mac Burney. Il y a, en outre, des signes fonctionnels parmi lesquels nous signalons une entérite muco-membraneuse.

Diagnostic. — Appelé auprès de jeunes malades qui présentent des accidents péritonéaux graves avec douleurs dans la région pericæcale, il faut ne jamais négliger de s'enquérir de leurs antécédents au point de vue des affections du tube digestif. Lorsque se trouvent réunis les symptômes cardinaux que nous venons de décrire, le diagnostic est généralement aisé. Lorsque l'appendicite est suivie de péritonite généralisée, c'est avec l'*occlusion intestinale* qu'elle est le plus souvent confondue. Nous ne pouvons que renvoyer aux traités didactiques où l'on trouve les considérations qui permettent de poser un diagnostic parfois délicat. L'appendicite avec péritonite localisée est facile à reconnaître.

Le point délicat consiste surtout à savoir si l'on a ou non affaire à une forme suppurée : la fièvre, les frissons, les signes locaux, la rénitence, l'absence de rémission rapide ; enfin la violence des symptômes initiaux, a-t-on prétendu, sont des signes qui, par leur ensemble, doivent plaider en faveur de la suppuration. Pour Sonnenburg, si un exsudat peu volumineux, situé immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, s'accroît tout à coup, après

être resté stationnaire pendant quelque temps, on peut presque à coup sûr affirmer la suppuration.

Signalons, parmi les erreurs de diagnostic qui ont été commises, la confusion avec l'ovaro-salpingite, la tuberculose péritonéale, le *rein mobile*, et même la fièvre typhoïde, la hernie de la ligne blanche, la rupture musculaire de la paroi abdominale (L.-Championnière).

La différence importante de traitement qui sépare l'appendicite de la typhlite vraie nous fait un devoir d'insister sur la distinction entre ces deux affections différentes. Les signes locaux se confondent, il faut bien le reconnaître. Mais la *douleur*, vive d'emblée dans l'appendicite, est sourde et progressive dans la typhlite. Au lieu du point de Mac Burney, nous avons une pression douloureuse, se prolongeant sur le côlon ascendant, quand c'est le cæcum qui est en cause.

Le *péritonisme* est très prononcé dans l'appendicite, même s'il n'y a pas péritonite généralisée ; il en est autrement dans la typhlite, qui se distingue en outre par l'existence du *boudin cæcal*, mat à la percussion, mise en doute aujourd'hui par quelques chirurgiens et qui ne correspond pas toujours, quoi qu'on en dise, à des lésions de l'épiploon adhérent et œdématié.

Dans l'appendicite, il est parfois assez facile de sentir au-desssus de la zone indurée le cæcum vide et dépressible, sonore à la percussion. En dernière analyse, les considérations d'âge, les troubles digestifs antérieurs (constipation opiniâtre) doivent guider le diagnostic

L'*appendicite chronique*, surtout la forme à répétition, ne sera pas confondue avec la tuberculose iléo-cæcale ; on trouvera dans notre thèse inaugurale (1) les éléments de ce diagnostic fort important ; car au lieu d'un simple appendicite, on peut se trouver en présence d'une tumeur iléo-cæcale qui nécessite une intervention autrement importante que la résection de l'appendice et qu'il est indispensable d'avoir préméditée. Chez la femme, il faudra faire l'exploration soigneuse des organes génitaux.

Pronostic. — Lorsque l'appendicite s'accompagne de péritonite généralisée, si l'on n'a pu intervenir à temps, la mort est presque inévitable. Pour les autres formes, le pronostic est notablement moins sérieux qu'autrefois, depuis les progrès de la chirurgie abdominale. La présence de la suppuration aggrave toujours le pronostic par la menace d'une ouverture péritonéale secondaire. L'appendicite chronique est également grave, à cause des nombreuses rechutes qui la caractérisent et des dangers sans cesse renouvelés que courent les malades. La perforation n'est pas le seul accident à redouter ; M. Achard (2) a cité des cas de *pyophlébite* et d'*abcès du foie* consécutifs à l'appendicite. Mais il n'est pas possible de prévenir de pareils accidents. Il faut aussi rechercher s'il n'existe pas de pleurésie séreuse ou suppurée [Wolbrecht, Terrillon (3)], car de telles complications doivent fatalement assombrir le pronostic.

Traitement. — Quoi qu'il en soit de la théorie, en se basant sur d'innombrables faits cliniques, nous allons voir comment on peut répondre, en l'état actuel, aux trois questions suivantes, qui intéressent surtout le praticien :

1° Dans quels cas faut-il opérer ?

2° A quel moment doit-on opérer ?

3° Quelle sera la technique opératoire ?

(1) Benoit, *Thèse de Paris*, 1893. — *Tuberculose chronique de la région iléo-cæcale*, Steinheil.

(2) Achard, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 novembre 1894.

(3) Terrillon, *Bull. Société de chir.*, 1892, page 410.

I. Au point de vue des *indications opératoires*, et c'est là qu'est le nœud de la discussion, nous distinguerons deux ordres de faits : ceux où l'intervention s'impose pour tous les chirurgiens et ceux où elle est discutable, car, on peut le dire, il n'y a pas de contre-indication absolue, si ce n'est celle qui peut nous être inspirée, en toute circonstance, par l'état particulièrement débile des sujets.

L'intervention est formelle, de l'avis de tous, dans les deux cas suivants :

1° Lorsqu'il y a péritonite généralisée, consécutivement à une perforation ; 2° lorsqu'il y a un abcès collecté, c'est-à-dire appendicite suppurée.

Dans le cas de péritonite généralisée, il y a quelques années à peine, il était de règle de s'abstenir, les malades étant considérés comme perdus. Aujourd'hui, l'on doit formuler une proposition inverse : de nombreux exemples de guérison inespérée ont été récemment publiés, qui prouvent que l'intervention dans les cas les plus graves peut n'être pas inefficace (1). Si petite que soit la chance de salut, on n'a pas le droit de la refuser au malade, et nous ne saurions trop flétrir les opérateurs qui font du choix des cas matière à succès certain. Tel n'est pas le but de la chirurgie honnête. On donnera ici la préférence à la *laparotomie médiane*, qui permettra de faire un lavage aseptique complet de la cavité péritonéale, soit à l'eau bouillie, soit à l'eau salée, suivie d'un drainage à la Mikulicz, ou avec des tubes (Mac Burney, Géon) plongeant jusqu'au plancher du petit bassin.

Lorsqu'il y a *suppuration* périty phlitique, il faut agir comme on le ferait pour un abcès de tout autre région, évacuer le pus en incisant largement la paroi abdominale et en drainant la cavité purulente. Ici, nous le verrons, le succès opératoire est la règle. Passons à l'examen de ces sujets à litige ; quelle conduite tenir en face d'une *appendicité aiguë*, avec signes de *péri-appendicite?* Supposons le diagnostic bien posé ; comment être fixé sur la marche probable des accidents ? La maladie peut évoluer assez rapidement vers la guérison spontanée, on l'a vu maintes fois. D'un autre côté, la perforation est toujours menaçante, elle peut éclater au moment d'une rémission trompeuse. C'est pour ces motifs que les chirurgiens se partagent en deux groupes : les interventionnistes et les abstentionnistes.

Les premiers (Dieulafoy, Pozzi, Routier) sont d'avis qu'il faut toujours opérer, autant pour parer à des accidents possibles, que pour prévenir l'inévitable rechute. Ceux-ci répudient donc le traitement médical comme faisant perdre un temps toujours précieux. Monod, Pozzi ont publié des cas qui montrent que certaines formes, en apparence bénignes, peuvent se terminer par des accidents mortels. Ici, les symptômes ne présentent aucune concordance avec les lésions. C'est ce qui semble autoriser M. Dieulafoy à dire : « On ne se repent jamais d'être intervenu trop tôt, on se repent souvent de n'être pas intervenu en temps opportun ». De plus, l'opération permet souvent d'évacuer des foyers latents qui peuvent échapper au flair du meilleur praticien (2). Nous ne possédons pas de signes permettant de distinguer sûrement la *forme catarrhale* de la *forme suppurée* ; aussi vaut-il mieux, dit-on, opérer dans tous les cas, quitte à faire une opération qui n'était pas indispensable, que de s'exposer à être surpris par des accidents mettant en péril la vie des malades.

Les abstentionnistes, avec Le Dentu, Berger, Roux, Jalaguier, sont d'avis qu'il faut attendre des indications spéciales pour intervenir. Il ne manque pas de sujets chez lesquels la première crise appendiculaire est suivie d'une résolution complète et définitive. On ne peut pas ne pas en tenir compte. D'autre part, lorsqu'on opère avec trop de hâte, on ne laisse pas aux adhérences protectrices le temps de se former. Aussi conseillent-ils l'*expectation* pendant laquelle le *traitement médical* sera le suivant : s'abstenir tout particulièrement des purgatifs,

(1) Tuffier et Hallion, *Arch. gén. de méd.*, septembre 1890.

(2) *Med. News*, 12 décembre 1896.

qui ne servent qu'à mettre en mouvement un intestin qu'il faut au contraire rigoureusement immobiliser. Calmer la douleur par les opiacés. Mac Burney (1) s'élève contre l'abus du traitement opiacé, parce qu'il a pour résultat de masquer un appareil symptomatique, sur lequel on doit se guider pour décider de l'intervention. Les chirurgiens français administrent 0,01 centigramme d'extrait thébaïque toutes les heures, jusqu'à concurrence de 15 à 20 centigrammes pour l'adulte, 5 à 10 pour les enfants de dix à douze ans. Il faut en outre appliquer des sangsues *larga manu* sur la région malade et maintenir des vessies de glace sur la région cæcale. La glace sera aussi donnée à l'intérieur contre les vomissements. On instituera une diète sévère dans l'immobilité absolue.

Il importe de distinguer, au point de vue d'une décision à prendre, la première crise appendiculaire de celles qui la suivent. Aussi, quelques chirurgiens du camp abstentionniste ont-ils à cet égard, et non sans raison, à notre avis, deux façons de faire. Si l'on peut laisser au malade la chance de guérir sans opération, lors d'une première attaque, il deviendrait imprudent d'agir de même lors des attaques suivantes. Un malade, dit Mac Burney, qui a une deuxième attaque d'appendicite, aura aussi sûrement la troisième qu'il aura la douzième, après la onzième. D'où l'indication plus pressante d'opérer dans les cas d'*appendicite à répétition*, dont nous avons signalé les dangers.

Entre ces deux méthodes se place une troisième, qui est celle des chirurgiens américains et que Péan a depuis longtemps mise en pratique en France. Selon ce chirurgien, il faut intervenir dès que l'existence du pus est *probable*. Certains opérateurs, dit-il, ont conseillé de faire, préalablement à toute incision, une *ponction exploratrice* pour confirmer le diagnostic ; cette ponction doit être rejetée comme inutile et dangereuse, car la pointe de l'aiguille peut inoculer le péritoine, sans trouver la cavité de l'abcès. Cette doctrine nous plaît, en ce qu'elle tient compte des justes revendications du parti conservateur, tout en appuyant nettement dans le sens de l'intervention, au moindre péril soupçonné. Ajouterons-nous que l'expérience de l'opérateur doit jouer un grand rôle dans la détermination des conditions opératoires? C'est ce qu'on ne saurait contester et nous ajouterons qu'il ne faut pas perdre de vue la bénignité presque absolue de l'opération d'appendicite entre des mains exercées.

II. *A quel moment doit-on opérer?* — Si l'on se reporte à ce qui précède, la seule réponse à cette question paraît être la suivante : aussitôt que le diagnostic est posé. Il y a cependant quelques dissidents, parmi les interventionnistes ; mais leurs arguments ne semblent pas devoir prévaloir. Mac Burney a traité récemment ce point délicat avec sa haute compétence : il essaie toujours, déclare-t-il, de laisser le malade se tirer tout seul de sa première crise, en se tenant prêt à opérer à la moindre alerte. Or, son expérience lui a montré, dans un pays où l'appendicite est très fréquente, que si les symptômes au bout de vingt-quatre heures s'amendent, il y a des chances sérieuses pour une issue favorable et il faut s'abstenir. Inversement, si les symptômes graves progressent toujours, au bout de ce temps il faut intervenir et le plus tôt est le mieux. Sans doute, on a cité des cas terminés par la guérison et dans lesquels la rémission s'est fait plus longtemps attendre. Mais ces faits sont exceptionnels. M. L. Beurnier, dans un récent article (1), établit une distinction judicieuse entre l'appendicite de l'enfant et celle de l'adulte. Chez l'enfant, le péritoine demeure sans réaction plus longtemps et ne forme pas de fausses membranes aussi solides que chez l'adulte. L'appendice demeure donc libre dans le péritoine et la péritonite généralisée succède d'emblée à la perforation. Il s'ensuit que l'opérateur doit agir *chez l'enfant*, aussitôt son diagnostic assuré. *Chez l'adulte*, pour la plupart, c'est le troisième ou quatrième jour

(1) *Journal de médecine*, 27 décembre 1896.

qu'il faut choisir. Tout retard plus considérable peut être funeste; Jalaguier cite 4 décès pour des malades opérés du cinquième au septième jour. Le retard est considéré comme la principale cause des insuccès par l'école américaine, qui fixe à peu près les mêmes limites.

Si l'on est appelé auprès des malades assez loin du début, et que l'on constate la présence d'un abcès, doit-on l'inciser sans différer, ou convient-il d'attendre quelque temps? Trèves a soutenu que, plus on attend, plus la collection purulente s'approche de la surface et devient d'un accès facile. Mac Burney combat cette proposition comme anti-scientifique, car il est certain que l'infiltration purulente peut se faire, soit en haut vers le rein et le foie, soit en bas vers le petit bassin. Il conclut donc, avec la majorité des chirurgiens français, qu'aussitôt un accès reconnu il doit être incisé et drainé sans aucun délai. Une autre considération vient à l'appui de ce qui précède : la recherche et l'ablation de l'appendice se feront plus facilement, si l'on tombe sur un petit kyste purulent, que s'il faut y procéder au milieu des anses agglutinées par l'inflammation.

Il nous reste à nous occuper des cas chroniques où le malade est sorti victorieusement d'une ou plusieurs attaques, mais conserve une douleur locale qui atteste que son foyer est mal éteint et promet des récidives. La question de l'opération *à froid* se pose dès lors et nous devons dire qu'il est bien peu de chirurgiens qui se refusent à reconnaître les conditions favorables qui se trouvent alors réunies. Nous l'avons dit plus haut, l'appendicite à répétition est justiciable du traitement chirurgical après la deuxième attaque. Les lésions seront naturellement d'autant moins étendues que l'on opérera plus tôt, sans attendre que le malade ait été atteint un grand nombre de fois et sans prendre pour guide le plus ou moins de gravité de ces atteintes successives. Aussi, *lorsque l'on peut se dispenser d'opérer pendant la période aiguë*, c'est dans l'intervalle de deux attaques qu'il faudra proposer au malade le traitement chirurgical qui seul peut le mettre à l'abri des récidives. Roux a adopté cette pratique et publié une forte proportion de succès : « Celui dont l'appendice a servi une fois d'éponge pour l'infection intestinale, dit cet auteur, y restera sujet comme l'amateur d'amygdalites. » De nombreux opérateurs, en France, sont également entrés dans cette voie (1). Mac Burney conseille d'attendre *au moins deux semaines* après la terminaison d'une crise aiguë avant d'opérer. D'autres conseillent un plus long intervalle; tout dépend du temps qui sépare chez les sujets deux attaques successives. On doit agir suivant la circonstance et s'arranger de façon à opérer réellement *à froid*.

III. *Technique opératoire.* — Si l'on agit pendant une période de calme, les malades doivent être *préparés*, comme pour toute autre opération abdominale. Pendant quelques jours, on les purgera, on les soumettra au régime lacté et on leur prescrira 2 à 4 grammes par jour de benzo-naphtol ou de bétol. L'opération comprend quatre temps : 1° l'incision de la paroi abdominale; 2° l'ouverture du foyer de suppuration; 3° la recherche et la résection de l'appendice; 4° la suture de la paroi abdominale.

1er temps. — Trois incisions nous sont proposées : l'*incision verticale médiane*, l'*incision verticale latérale*, l'*incision transversale iliaque*.

L'*incision verticale médiane* est peu usitée surtout quand on opère à froid. Elle ne conviendrait qu'à ces cas, dont Schwartz a rapporté un exemple (1) et où l'appendice déplacé était situé aux environs de l'ombilic. Plusieurs auteurs qui y avaient recours l'ont abandonné, après avoir reconnu qu'elle ne donnait pas une commodité suffisante. Elle doit être conservée pour certains cas graves de péritonite généralisée, comme nous l'avons exprimé ailleurs.

(1) In Darnaye, *Thèse Paris*, 1895.

L'incision verticale latérale, ou de M. Schüller (1), est faite le long du bord externe ou grand droit, du côté droit, et aurait l'avantage de mener directement sur l'appendice. Elle a été adoptée chez nous par M. Routier. Mais la plupart considèrent qu'il ne faut lui donner la préférence que si l'abcès est manifestement antérieur et interne, situé entre l'épine iliaque et l'ombilic dont il tendrait à se rapprocher. Différemment, on s'expose à ouvrir une partie du péritoine saine et, reproche également sérieux, à favoriser les éventrations consécutives par suite de la section complète des trois plans musculaires de la paroi.

L'incision transversale iliaque est l'incision de choix. Elle varie quelque peu, suivant les opérateurs. Mac Burney, se préoccupant beaucoup d'éviter les éventrations, la pratique perpendiculairement à la ligne ilio-ombilicale, passant à 2 centimètres environ de l'épine iliaque et d'une longueur de 10 centimètres dont 3 au-dessus de cette ligne fictive. Il sectionne l'aponévrose et les fibres du muscle oblique externe en ayant soin de séparer leurs fibres sans les couper perpendiculairement à leur longueur. Ceci fait, il fait rétracter les deux lèvres musculo-cutanées. Il agit de même pour l'oblique interne et le transverse, qu'il évite de sectionner, malgré leur direction oblique en sens inverse. Deux nouveaux écarteurs font alors bâiller l'incision et le fascia transversalis est mis à nu. Une fois l'appendice enlevé, il suture le péritoine et place un surjet de catgut sur les plans musculaires. On évite toujours par ce procédé la section de nerfs ou de vaisseaux importants et les résultats ultérieurs sont excellents, en ce qui touche la paroi. Péan la pratique depuis longtemps pour les collections purulentes qui se prolongent très haut. Mais si l'abcès se porte en bas et en dedans, avec Trèves, Roux et bien d'autres il préfère l'incision suivante, qui diffère peu de celle de la ligature de l'iliaque externe : parallèle au ligament de Poupart, elle correspond par parties égales, en dedans et en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure dont elle est éloignée de 2 centimètres environ. Au niveau de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, il lui donne une longueur de 15 à 18 centimètres ; pour les muscles et le péritoine, il se contente de 8 à 10 au lieu de 16 à 18, comme le veut Roux.

On incise couche par couche les différents plans de la paroi, y compris le fascia transversalis et on arrive jusqu'au péritoine. Cette incision met suffisamment à l'abri de l'éventration et met l'opérateur en situation très favorable pour la découverte des foyers suppurés L'incision n'étant pas limitée, il suffit de la prolonger en haut ou en bas, suivant les besoins pour se donner tout le jour désirable.

2e temps. — Arrivé sur le péritoine, souvent l'abcès fait une saillie sensible au doigt. Mais la fluctuation peut manquer, les gaz situés au-dessous du liquide formant couche élastique, et, pour se diriger, écoutons les conseils de Roux : « On ouvre le péritoine, dit-il, dans la partie supéro-externe de la plaie, là où on est sûr de rencontrer le cæcum ; l'index est alors engagé entre l'intestin et la paroi abdominale externe et l'exploration et le décollement sont poursuivis jusqu'en arrière, si le pus n'a pas jailli au premier coup et si l'on a des raisons de placer le siège de l'abcès dans l'espace rétro-cæcal. »

Si l'abcès est nettement rétro-cæcal, Péan donne le conseil d'écourter la moitié inférieure de l'incision pour prolonger la partie postéro-supérieure ; c'est en effet en arrière de l'épine iliaque supérieure et parallèlement à la crête qu'il faut aller chercher le pus. De cette manière on se tient aussi loin que possible de la zone péritonéale dangereuse. Il faut savoir que, si le pus apparaît très souvent et s'écoule aussitôt le doigt plongé dans l'incision, il arrive aussi que l'on ne rencontre pas l'abcès aussi facilement. Que faire alors ? Loin de s'acharner à sa recherche, en dissociant violemment les tissus que l'on a sous le doigt, ce qui nous exposerait à l'infection opératoire, il faut se contenter de faire « le chemin au

(1) *Arch. de Langenbeck*, 1889.

pus », en mettant une mèche de gaze iodoformée au contact des fausses membranes et en l'amenant jusqu'à l'extérieur. Quenu et Monod ont adopté cette manière de faire et montré que le pus suit la direction de ce drainage préventif. Au bout de deux à trois jours, on le voit sourdre à la surface.

Il va sans dire que lorsque le foyer est d'un accès facile, il sera évacué, lavé et drainé suivant les préceptes classiques. L'abcès de la fosse iliaque n'est pas toujours unique, il s'en faut. On nous l'a montré maintes fois compliqué de *foyers secondaires* qui siègent en haut, vers l'angle du côlon, vers la région rénale ; plus souvent en bas, derrière la vessie et jusque dans la fosse iliaque gauche. Doit-on chercher à les atteindre ? Routier est pour l'affirmative, alléguant la terminaison funeste qui a suivi parfois les opérations incomplètes. On cite, entre autres, l'opération suivante de Nélaton :

Observation. — Homme de trente ans, malade depuis huit jours, Nélaton ouvrit un large foyer dans la fosse iliaque droite, néanmoins le malade mourut le soir même. A l'autopsie, on trouva un second foyer derrière la vessie et un troisième dans la fosse iliaque gauche.

En lisant cette observation, nous n'hésitons pas à lui donner une interprétation toute différente : ou bien le malade fut opéré *in extremis* et la mort fût survenue encore plus rapidement, si l'opération avait été prolongée par l'ouverture des foyers secondaires ; car on n'ignore pas en effet combien longtemps sont tolérées les collections enkystées du péritoine développées aussi lentement. Ou bien, comme le décès rapide semble l'indiquer, il s'agit là d'une perforation secondaire ou plus simplement d'une infection opératoire. Nous voyons pourtant des chirurgiens prudents conseiller de rechercher ces foyers pour les évacuer et les drainer après les avoir lavés à l'eau boriquée bouillie. Telle est l'opinion du professeur Berger, de MM. Reclus, Kirmisson (1). Pareille conduite ne semble dépourvue de danger que si l'on a pu faire un diagnostic de ces foyers secondaires, notamment en s'aidant du *toucher rectal*, qu'il est préférable d'avoir pratiqué dans les jours qui précèdent l'opération, pour éviter d'être septique. Dans d'autres circonstances, on agit à l'aveugle et le plus grand nombre s'en tient aux préceptes de Monod et de Quénu qui affirment que la simple ouverture et le drainage sont toujours suivis de l'évacuation du pus, lorsqu'il en existe.

3e temps. — L'abcès une fois évacué, dans les cas où il y a suppuration et d'emblée, si l'on a affaire à la forme catarrhale, ou que l'on opère à froid, il faut songer à traiter l'appendice.

En bonne logique, cet organe étant cause, par les altérations qu'il a subies, des accidents auxquels il faut remédier, sa résection s'impose. « C'est un organe atrophié, dit Talamon, un vestige rudimentaire représentant chez l'homme le cæcum si développé des herbivores et des rongeurs ; il n'a aucun rôle physiologique et son utilité est nulle. » Il faut débarrasser l'économie de cet organe qui, s'il est inutile à l'état normal devient essentiellement nuisible à l'état pathologique (Péan).

Souvent il se présente de lui-même pour ainsi dire ; il suffit alors de le saisir, de le lier à sa base et de le réséquer, en cautérisant la surface de section au thermo-cautère. Mais en général, ce petit organe adhère et l'on est obligé de le libérer prudemment de ses attaches avec le doigt, pour pouvoir l'amener à portée.

La résection de l'appendice comporte un soin tout spécial, lorsqu'il n'y a pas suppuration, pour éviter qu'il ne devienne l'origine d'une infection péritonéale après la résection. On peut fermer par plusieurs plans de suture l'extrémité du moignon appendiculaire par le procédé dit *à manchette*. Pour cela, inciser circulairement le péritoine à une certaine dis-

(1) *Société de chir.*, 6 octobre 1895.

tance de la base de l'appendice, de façon à avoir une manchette séreuse qu'il faut relever. On lie alors circulairement la tunique musculeuse au ras du cæcum et on la sectionne. Il ne reste plus qu'à invaginer la manchette séreuse au moyen de deux plans superposés de suture de Lambert.

Les chirurgiens américains, Fowler entre autres, se contentent de jeter une ligature en masse sur la base de l'appendice, de le sectionner au-dessous, puis, après cautérisation au thermo-cautère, de l'enterrer dans un pli de la paroi du cæcum. Ce procédé a l'avantage d'être plus rapide. Quelques chirurgiens enfin, pour plus de sûreté, combinent les deux précédentes méthodes et après avoir fermé l'extrémité du moignon par la suture ci-dessus décrite, l'invaginent dans le cæcum. Toutes ces façons d'agir sont bonnes ; il faut choisir l'une ou l'autre, suivant le temps dont on dispose.

Mais est-il toujours possible de trouver l'appendice pour en faire l'ablation ? Il s'en faut de beaucoup et celui-ci est fréquemment perdu, noyé au milieu des fausses membranes, souvent même détruit par la suppuration (Félizet). Koïté (1) n'a-t-il pas déclaré que sur 30 cas d'abcès périthyphlitiques enkystés, bien qu'il ait recherché l'appendice chaque fois, il n'avait jamais pu le découvrir ? M. Beurnier, sur 27 appendicites de l'adulte, n'a enlevé l'appendice que six fois sans avoir eu à s'en repentir. Roux et Kummel pensent que la résection ne doit être faite que si l'on peut dégager l'appendice au prix de quelques tractions modérées. S'il est confondu trop intimement avec la coque pseudo-membraneuse, s'il se dérobe à quelques recherches prudentes, on fait certainement courir moins de risques aux malades en l'abandonnant qu'en s'acharnant à sa poursuite. Et cela, pour les mêmes motifs que nous exposions précédemment, en parlant de la suppuration. Nous sommes loin des affirmations de M. Routier, qui déclare que l'ablation de l'appendice met seule le malade à l'abri des récidives. Ceci est vrai des jeunes sujets, chez lesquels d'ailleurs l'ablation de l'appendice libre ou peu adhérent est facile et très indiquée. Mais il faut considérer, pour la majorité des cas, que cet organe, perdu au milieu des adhérences péritonéales, ne sera plus dangereux et que, s'il est souvent sphacélé, comme on l'a montré, mieux vaut le laisser s'éliminer avec les produits de suppuration.

Tout n'est pas terminé avec l'ablation de l'appendice ; il faut encore procéder au *détachement des adhérences*, lorsque l'on opère à froid et sans suppuration. Celles-ci sont cause, lorsqu'on les néglige, de douleurs persistantes, assez analogues à celles que l'on observe dans le petit bassin chez la femme après les opérations utéro-ovariennes. Les manœuvres de détachement sont délicates : il faut ne pas perdre de vue que l'on peut déchirer l'intestin, la vessie, l'uretère, et au cas où un accident arriverait, être prêt à exécuter promptement une suture. Trèves a signalé des cas où l'uretère dilaté simulait à s'y méprendre l'appendice et aurait causé des erreurs. L'habitude des opérations abdominales donne seule le droit de mener à bien sans accident ces manœuvres complémentaires.

4e temps. — La *suture de la paroi abdominale* n'offre ici rien de particulier. On réunira les différents plans incisés couche par couche, après suture isolée du péritoine et l'on drainera s'il y a lieu par la partie inférieure de la plaie abdominale ; puis on fera un pansement légèrement compressif.

Soins consécutifs. — Pendant les premiers jours, les aliments liquides seront seuls autorisés. On donnera du bouillon, du lait, du champagne, du thé. Quelques potions stimulantes, le Todd en particulier, seront prescrits et l'on constipera les opérés en leur donnant de 0,05 à 0,10 centigrammes d'extrait thébaïque en pilules. On donnera un purgatif léger le troisième jour. Dès le cinquième ou le sixième jour, on commencera à permettre les aliments solides

(1) Koïté, *Berl. klin. Woch.*, juin-juillet 1891, pages 637 et 677

légers, à la condition qu'il n'y ait pas de fièvre. Le pansement pourra être levé du huitième au dixième jour et, suivant le conseil de Roux, on recommandera au malade de porter pendant quelques mois une sangle de Glénard.

Dans les cas où le *drainage* a été nécessaire, la suppression du drain doit être faite avec discernement; car on a accusé le drain de favoriser la formation des *fistules stercorales* dont les partisans de l'abstention se sont fait un redoutable argument. Le drain sera enfoncé de moins en moins dans la plaie, à mesure que l'écoulement diminuera et l'on verra le plus souvent l'orifice de passage se combler par bourgeonnement. Ces fistules purulentes ou pyostercorales se ferment spontanément dans la majorité des cas; c'est un fait aujourd'hui bien établi. S'il arrivait de les voir persister outre mesure, on interviendrait, en les fermant méthodiquement suivant les règles actuelles, qui consistent à désinfecter et à fermer le trajet fistuleux provisoirement, puis à inciser au pourtour de l'orifice de la fistule que l'on libère ainsi jusqu'a son origine. Une suture bien soignée sera faite sur les parois intestinales; puis les plans superficiels sont à leur tour fermés.

Résultats opératoires. — La mortalité est très faible pour les cas d'opération à froid. M. Quénu a apporté en 1892 à la Société de chirurgie un relevé de 39 cas, sans un seul décès. M. Bull (de New-York) a publié, en 1894, une liste de 450 cas avec 8 morts, soit 1,77 p. 100. De nouveaux cas ajoutés à cette statistique par Damage, qui a réuni 178 cas avec 3 décès, abaisse cette proportion à 1,65 p. 100.

En ce qui touche les opérations pour les appendicites suppurées, les statistiques, pour être moins bonnes, n'en sont pas moins très encourageantes, si l'on considère que l'opération vient seulement d'entrer dans la pratique courante. Ch. Monod a opéré 32 fois, avec 23 guérisons et 9 morts. Zerny, sur 11 cas, a obtenu 11 guérisons. Routier a eu 1 décès sur 17 opérés. Les causes de la mort ne sont pas toujours indiquées, mais la septicémie préopératoire est la cause prédominante. C'est là une conséquence directe du retard et des hésitations. La prolongation excessive des manœuvres opératoires rend également compte de beaucoup de terminaisons funestes. Nous sommes convaincu que les statistiques s'amélioreront encore, à mesure que croîtront l'habileté et l'expérience des chirurgiens dans ce genre d'opérations.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 janvier 1897. — Présidence de M. Josias.

M. Barbier dépose un rapport sur les *traitements modernes de la chloro-anémie.*

M. le professeur Pouchet présente une note sur l'*Eucaïne.* Il résulterait des recherches de Reclus et de celles de l'auteur que la toxicité de l'eucaïne est presque égale à celle de la cocaïne, et qu'elle ne pourrait, comme cette dernière, être utilisée dans les grandes interventions chirurgicales.

M. Sevestre présente un résumé de ses recherches personnelles concernant le *tubage et la trachéotomie.* Le tubage, décrit pour la première fois par Bouchut en 1858, ne trouva pas grâce devant l'Académie de médecine; il est vrai que l'instrumentation était défectueuse. En 1881, O'Dwyer

publia à son tour une méthode de tubage, fruit de nombreuses expériences antérieures. L'instrument adopté par l'auteur américain ne fut l'objet d'aucune critique sérieuse, et fut bientôt adopté par le monde médical. C'est en France que l'on opposa le plus de résistance à la méthode nouvelle et il fallut l'intervention de la sérothérapie pour en faire la méthode de choix, car on hésite à pratiquer une opération sanglante, alors que l'on ne cherche qu'à gagner un peu de temps pour permettre au sérum de vaincre l'intoxication. Les deux méthodes présentaient, avant l'introduction de la sérothérapie, le même nombre environ (30 p. 100) de succès. Aujourd'hui, cette statistique n'aurait plus de raison d'être, car la trachéotomie est réservée aux *cas exceptionnels*. Cette opération n'est en effet jamais à l'abri d'accidents imprévus : il faut une habilité consommée pour ne pas commettre de faute opératoire, et même dans ce cas on n'est jamais sûr de réussir sans accidents graves. Pour le tubage, il faut de la précision et surtout de la douceur. Il est facile d'exercer l'index gauche, sur des enfants sains, à reconnaître l'épiglotte et les arythénoïdes. Pour la main droite, on peut s'exercer sur un mannequin. L'accident le plus fréquent consiste dans le fait que le tube arrive dans l'œsophage, l'enfant n'est alors pas soulagé et l'opération est à recommencer. Il est très rare d'observer des fausses routes à travers le larynx. Si le tirage augmente à la suite de l'introduction du tube, cela tient à des fausses membranes que le tube a tassées devant lui ; on retire dans ce cas le tube, et un effort de toux expulsera les fausses membranes dans la plupart des cas. La broncho-pneumonie s'observe plus rarement avec le tubage, qui permet l'emploi des bains froids. Le seul point noir est qu'on ne peut abandonner l'enfant pendant les deux ou trois jours qui suivent la première introduction. Si le tube est rejeté, le médecin doit être prêt à le réintroduire. A la campagne, la méthode semble donc presque impraticable.

Parfois les fausses membranes siègent trop bas, et le tube ne soulage pas l'enfant ; d'autres fois les enfants rejettent indéfiniment les tubes ; dans ces deux cas, la trachéotomie s'imposera, mais dans les hôpitaux, le tubage doit être l'opération de choix à l'avenir.

M. Adrian lit une note sur les rapports de la *digitaline cristallisée* française (de Nativelle) et de la *digitoxine* des Allemands. Il rappelle que les recherches récentes de Franck, de Masius, de Corin, ont abouti a faire regarder cette digitoxine comme beaucoup plus active que la digitaline chloroformique, ou digitaline française. Mais les travaux plus récents de Kiliany lui ont fait décrire cette digitoxine comme un glucoside correspondant à la formule $C^{36}H^{5}O^{6}$ qui est précisément celle que M. Arnaud a trouvée pour la digitaline cristallisée, ce qui tend à faire croire qu'il s'agit du même produit, comme l'avait annoncé autrefois Lafont.

M. Pouchet croit que la question va entrer dans une voie nouvelle, grâce aux recherches qu'il a entreprises avec un de ses élèves et dont il donne un aperçu. Il a fait venir d'Allemagne des feuilles de digitale et en a extrait un corps qui bien réellement est plus toxique que la digitaline française chloroformique, et qui paraît correspondre au corps étudié par Corin : il est peu soluble dans le chloroforme. Peut-être se passe-t-il, pour la digitaline, ce que l'on observe pour l'aconitine, pour la scopolamine, etc., c'est-à-dire que la plante, selon les régions où elle est récoltée, renferme des isomères du glucoside principal, doués d'une toxicité variable.

M. Hallopeau communique les résultats d'expériences qu'il a entreprises sur le *pouvoir antiseptique de l'huile phéniquée* à l'égard des cultures de staphylocoques. On avait prétendu que l'adjonction de l'huile à l'acide phénique diminuait le pouvoir antiseptique de ce corps : les expériences de M. Hallopeau démontrent qu'il n'en est rien : la même remarque s'applique à l'adjonction de l'alcool. Les faits cliniques sont venus à l'appui de ces expériences, et un cas de trichophytie cutanée a été guéri rapidement par l'auteur grâce aux frictions avec l'huile phéniquée.

M. Courtade préconise, comme *traitement abortif du coryza*, les irrigations nasales, au moyen du siphon de Weber, avec une solution à 50° de chlorure de sodium ou de bicarbonate de soude ; cette température, qui se réduit à 48° au sortir de la canule, est très bien supportée et exerce une action décongestive très puissante. Un demi-litre, placé à 8 ou 10 centimètres de hauteur, suffira habituellement.

M. Créquy, après avoir employé le traitement picriqué contre les brûlures, se plaint que la peau conserve ensuite une teinte jaune indélébile et demande s'il existe quelque moyen de la faire disparaître. M. Brun répond que, pour les taches faites sur le linge, l'immersion prolongée dans l'eau boriquée suffit. Le procédé est beaucoup moins sûr pour les taches cutanées.

E. Vogt.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT

Ancien interne des hôpitaux.

De la cure radicale après la kélotomie, par RIEFFEL. (*Journal des Praticiens*, n° 52, p. 87, 1896.) — En cas d'étranglement herniaire doit-on ajouter à la kélotomie l'extirpation du sac et l'occlusion du trajet herniaire, dans le but de prévenir les chances de récidive? La condition qui prime toute détermination à prendre, c'est l'état de l'intestin.

Supposons d'abord l'intestin en bon état : en cette occurrence la question ne saurait rester douteuse un instant et la cause de la cure radicale est depuis longtemps gagnée. Le pronostic opératoire de la hernie étranglée n'est nullement assombri par la cure radicale. Il suffit, avant toute manœuvre de débridement, de laver à grande eau la face interne du sac et la surface du viscère étranglé, avec une solution d'acide phénique au 1/20 ou de sublimé au 1/2000, pour réaliser une antisepsie et pour permettre impunément la réduction dans le ventre d'une anse intestinale saine.

La cure radicale des hernies kélotomisées présente, même lorsque l'anse étranglée paraît saine, quelques exceptions imposées par les particularités locales, par l'état général, par les conditions de milieu :

1° Au point de vue local, l'état des enveloppes et le volume de la tumeur méritent tout d'abord d'être pris en considération. On rencontre encore de temps à autre des hernies qui ont été soumises, mal à propos, à des efforts de taxis intenses, prolongés ou répétés. Toutes ces manœuvres n'ont d'autre effet que de contusionner les enveloppes, de provoquer la formation d'ecchymoses et d'épanchements sanguins, de favoriser l'éclosion d'une péritonite herniaire surajoutée à l'étranglement, en un mot de faciliter l'infection du terrain sur lequel doit porter l'intervention. Si ces lésions sont légères, on peut, après désinfection minutieuse et réduction complète de l'anse, pratiquer la cure radicale sans drainage. Si les lésions sont plus profondes, s'il existe des sugillations de l'intestin, il convient d'être plus réservé et de faire une cure radicale avec un drainage à la gaze iodoformée. Dans quelques cas même, la prudence commande de laisser le sac ouvert ou de ne placer sur son collet que quelques points de catgut.

Si après dilatation du collet, on assiste à l'issue d'une sérosité trouble ou fétide et qu'on ne puisse déterminer la cause de cette complication, il est impérieusement indiqué de ne pas fermer le ventre; on maintiendra le sac ouvert et on le drainera.

L'état général doit entrer en ligne de compte; chez les individus dont l'étranglement date de quelques jours, l'état général est trop grave pour que l'on puisse pratiquer la cure radicale qui exige un temps assez long.

Enfin, on ne peut songer à pratiquer cette cure que quand on est sûr de son asepsie, que l'on est convenablement secondé, que les conditions de milieu sont favorables.

Quand l'intestin est altéré, il faut maintenir l'anse suspecte au dehors, après avoir levé l'étranglement. G. LYON.

Traitement des angiomes par l'électrolyse, par Edouard MARTIN. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 11, p. 640, 1896.) — Ciniselli paraît être le premier qui ait appliqué l'électrolyse au traitement des tumeurs érectiles; depuis lors les observations et les travaux sur la matière se sont multipliés, en Amérique et en Angleterre avec Althaus, Duncan, etc., en France avec Bœkel et Monoyer.

Le procédé employé par E. Martin consiste à implanter en pleine tumeur, ou mieux encore, lorsque la tumeur est très volumineuse, sur ses bords, des aiguilles métalliques à travers lesquelles on fait passer un courant continu.

On observe, au pôle positif, la formation d'une eschare dure, sèche ne se détachant que lentement pour faire place à du tissu rétractile. D'après les recherches de M. Redard et de ses élèves, l'aiguille électrolytique positive n'agirait pas seulement sur le sang contenu dans les vaisseaux, mais encore sur les parois vasculaires et les tissus voisins. Les diverses tuniques des vaisseaux au voisinage de la piqûre prolifèrent, s'hypertrophient et se transforment ensuite en tissus fibreux très rétractiles. L'oblitération des vaisseaux et la rétraction fibreuse consécutive est définitive.

Au pôle négatif, au contraire, avec une intensité de courant de 20 à 30 milliampères, le caillot est mou, volumineux, gélatineux, n'adhère pas à l'aiguille qui produit une véritable cautérisation, suivie de la formation d'une eschare molle et d'un tissu cicatriciel apparent.

Sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, il est donc préférable d'employer le pôle positif. On fixe à ce dernier des aiguilles appropriées au volume de la tumeur et en nombre variable suivant les cas; Martin se sert d'aiguilles en platine.

Au pôle négatif il place une large plaque d'étain recouverte de peau de chamois et trempée dans de l'eau bouillie légèrement salée. M. Redard conseille de rapprocher autant que possible la plaque négative des aiguilles positives pour éviter que le courant traverse une grande étendue de tissus sains et surtout les centres nerveux. Il se sert à cet effet de plaques perforées à leur centre pour laisser passer l'aiguille positive. En plaçant le pôle négatif sur la nuque, le dos ou la colonne vertébrale, Martin n'a jamais observé d'accidents.

Quant à la pile, il se sert de celle de Chardin et emploie un plus ou moins grand nombre d'éléments, suivant le volume, le siège de la tumeur et les indications du galvanomètre. L'aiguille du galvanomètre étant au zéro, la région opératoire lavée, désinfectée, on enfonce obliquement les aiguilles dans la tumeur et on fait marcher la pile jusqu'à ce que l'on obtienne la déviation désirée du galvanomètre; quelques auteurs conseillent de laisser les aiguilles deux ou trois minutes, d'autres cinq minutes en contact avec le courant. Si la tumeur est petite, les aiguilles peu nombreuses, le siège de la tumeur rapproché des centres nerveux, 15 à 20 milliampères suffisent. Dans les cas de tumeurs volumineuses, lorsqu'on enfonce huit à dix aiguilles à la fois dans la tumeur, Martin pense qu'il est préférable d'aller à 40 ou 50 milliampères; mais alors la douleur est vive, et il est bon de pratiquer l'anesthésie, et, pour ne pas multiplier outre mesure les séances, de réintroduire à quatre ou cinq reprises les aiguilles dans la tumeur.

Dans les cas d'angiome de la face, des paupières, de l'orbite, des muqueuses, des lèvres, de la langue ou de la joue, ou enfin dans les cas d'angiomes envahissants ou diffus, l'électrolyse paraît préférable à toute autre méthode de traitement. Elle permet de guérir totalement la tumeur sans cicatrice, sans danger de récidive; jamais on n'a eu à déplorer avec elle les accidents d'embolie, comme à la suite des injections coagulantes (perchlorure de fer, liqueur de Piazza); elle est préférable à la méthode sclérogène de Lannelongue (injection de chlorure de zinc 1/10), qui donne parfois lieu à des eschares et à des cicatrices. G. Lyon.

Des injections salines intraveineuses dans les cas d'opérations graves, par Lewis Stimson. (*Medical News*, 19 décembre 1896, t. LXIX p. 694.) — L'auteur rapporte un certain nombre d'observations d'opérations graves et d'accidents accompagnés de pertes de sang ou de shock amélioré par les injections intraveineuses d'une solution de sel marin à 7 p. 1000. Il emploie un dispositif très simple analogue au bock pour injection et la technique généralement employée en France : 5 cas ont été ainsi traités, 4 ont été suivis de succès. Ces faits viennent augmenter le nombre des résurrections dues aux injections de sérum artificiel. A. Chassevant.

Traitement des excoriations du pied dues à la marche, par M. Chevalier. (*Arch. méd. Belges*, novembre 1896, p. 348.) — L'auteur conclut en faveur du collodion iodoformé (à 10 p. 100) avec adjonction de 5 p. 100 d'huile de ricin. Après nettoyage de la plaie avec un peu de gaze au sublimé, on appliquait sur elle, avec un morceau de bois, un peu de collodion qui, une fois sec, était recouvert ou non d'un peu d'ouate. L'auteur considère ce remède comme la panacée des éclopés. Les sujets blessés peuvent marcher aussitôt après son application. R. Blondel.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT
Ancien interne des Hôpitaux.

Traitement de l'atonie et de la dilatation de l'estomac par le lavage associé à l'électrisation statique oscillante, par Regnier. (*Revue illustrée de Polytechnique médicale* 30 novembre 1897.) — L'auteur pratique d'abord le lavage de l'estomac soit avec des solutions alcalines, soit avec des solutions antiseptiques, soit de préférence encore avec de l'eau ozonée ou hydrozone au 1/10.

Puis il procède à l'électrisation. Voici la méthode qu'il préfère. La source électrique est une machine statique de Wimshurst, l'électrode de Boudet, de Paris. Le malade est placé sur le tabouret isolant relié au pôle négatif de la machine statique. L'électrode active est appliquée au creux épigastrique, le bouton qui doit entrer en contact avec la peau, ayant été au préalable bien mouillé, les deux boules internes espacées de quelques millimètres.

On met la machine en mouvement et dès

qu'elle est amorcée on éloigne les boules l'une de l'autre jusqu'à ce qu'on sente se produire une contraction musculaire. Il faut, en général, pour cela de 2 à 2 centimètres et demi. Après trois minutes d'électrisation, on arrête la machine. On déplace l'électrode qu'on replace au niveau d'une autre région, et on recommence l'électrisation. On électrise ainsi 2 ou 3 points de la région prégastrique.

Au début, une séance par jour pendant dix jours, puis pendant un deuxième décennaire une séance tous les deux jours; enfin une fois par semaine pendant un mois, jusqu'à ce que l'estomac ait repris ses dimensions normales et son fonctionnement.

La durée moyenne du traitement est de deux à trois mois. Il réussit d'autant plus facilement que l'affection gastrique est plus récente et n'est pas compliquée d'un état névropathique général.

M. Soupault.

Ulcère rond de l'estomac, uniquement traité par l'alimentation rectale. (*Deutsche med. Wochenschr.* 25 déc. 1896.) — Le Dr Ratjen, médecin en chef de l'hôpital Ste-Marie (*Marienkrankenhaus*) de Hambourg, traite depuis oct. 1895 *tous les malades* atteints d'ulcère rond par la suppression de l'alimentation stomacale et l'emploi exclusif de lavements nutritifs : pendant dix jours pleins (ne pas commencer le traitement de suite après l'hématémèse, car les lavements peuvent parfois provoquer à ce moment des vomissements). Le malade ne prend absolument aucun aliment par la bouche et reste au lit. Comme boissons, on ne permettra que de l'eau, de la tisane de fenouil, de menthe, des pilules de glace. On ne commencera pas le traitement au moment des règles, mais on ne doit pas l'interrompre si elles apparaissent en cours de traitement.

Le repos absolu au lit est indispensable.

La formule du lavement nutritif est celle de Boas : lait 250 grammes, 2 jaunes d'œuf 1 pointe de couteau de sel de cuisine, 1 cuillerée à soupe de vin rouge et 1 cuillerée à soupe de bonne farine. On donnera trois lavements par jour, et chaque matin un lavement évacuateur en cas de constipation.

Au moment où la cure est terminée, on commence par donner par voie stomacale environ 1 demi-litre de képhir : une alimentation plus substantielle ne sera autorisée qu'à la longue.

L'auteur dispose jusqu'à ce jour de 55 observations (53 femmes et 2 hommes). E. Vogt.

Chirurgie de l'estomac, par Schonwerth. (*Münchner medecin. Wochenschrift.* 1896, nos 42-45.) — On trouvera dans ce travail 29 observations sur la chirurgie de l'estomac.

La *pylorectomie* a été faite six fois : trois fois pour sténose cicatricielle, trois fois pour cancer du pylore. Pour les premiers, deux ont succombé à la péritonite. Le troisième vécut dix-sept mois pour succomber à la récidive de la tumeur, *dont la nature fibreuse a été établie par l'examen histologique?* Les trois opérés pour sténose cancéreuse ont succombé, un le lendemain, un autre au bout de quatre jours, le troisième au bout de trois semaines.

La gastro-entérostomie a été faite vingt-trois fois, six fois par le procédé de Wolfler, dix-sept fois par le procédé de Von Hacker. Il s'agissait dans ces cas cinq fois de sténose cicatricielle, dix-huit fois de sténose cancéreuse.

Sur les cinq gastro-entérostomisés pour sténose cicatricielle, deux ont succombé au collapsus peu de temps après l'opération, un troisième a succombé au cinquième jour à une hémorragie. Deux opérés ont guéri. Sur les dix-sept opérés pour sténose cancéreuse, il y a eu trois décès au bout de vingt-quatre heures, quatre au bout de quarante-huit heures, une au bout de cinq jours. Les autres sont morts de dix-neuf jours à sept mois après. M. Soupault.

De la gastro-entérostomie. (*Archives de chirurgie russe*, tome II, 1894.) — Vasilieff rapporte un cas où il s'agit d'un homme de quarante ans, soldat en retraite, qui avait reçu pendant la guerre russo-turque un coup de fusil dans le flanc droit, lequel coup a déterminé la fracture de la huitième côte.

Depuis, sont survenus de nombreux accidents qui permirent de poser le diagnostic de retrécissement cicatriciel du pylore. On pratiqua l'ouverture du ventre et l'on put en effet constater que l'estomac avait contracté de solides adhérences avec l'intestin grêle, le foie et le côlon transverse. On fit une gastro-entérostomie, l'orifice pratiqué fut d'environ 3 centimètres.

Les suites opératoires immédiates furent quelque peu mauvaises ; mais bientôt le malade se rétablit, et deux mois après l'opération il fut prêt à quitter l'hôpital. Mais à ce moment il mangea une grande quantité de saucisson et, quelque temps après, il succomba.

A la fin de son travail, l'auteur ajoute un tableau des gastro-entérostomies pratiquées en Russie, pour rétrécissements cicatriciels. Le nombre total a été de 10, dont 5 se sont terminées par la mort, laquelle était déterminée par l'opération même. Quant aux indications, on trouva entre autres deux cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique. B. T.

Sur un cas d'application de la fistule gastrique d'après la méthode de Witzel dans les cas de

carcinome de l'œsophage. (*Gazette des Hôpitaux de Botkine*, n° 24, 1896.) — Rostofftcheff a pratiqué cette opération sur une femme. Les suites opératoires ont été bonnes et la malade s'est rétablie assez bien. La mort survint cinq mois et demi après l'opération, par suite d'une perforation de l'œsophage et de la pénétration du cancer dans les voies respiratoires. L'autopsie montra ce qui suit : la fistule avait une direction oblique; son orifice externe avait trois centimètres de diamètre, l'orifice interne avait les mêmes dimensions; sur la muqueuse de l'estomac, il y avait deux plis d'un centimètre d'épaisseur, dont la direction était parallèle à celle des plis de la séreuse formée artificiellement pendant l'opération. Ces plis venant en contact l'un avec l'autre au moment où l'estomac se remplissait, agissaient comme une soupape.

B. T.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Du traitement spécifique de la pneumonie, par Rochon. (*Médecine moderne*, n° 105, p. 805, 1896.) — On sait que la vitalité du pneumocoque est toujours de peu de durée dans un même milieu. En culture, il lui est impossible de se développer au delà du huitième ou du neuvième jour; mais, chose remarquable, à ce moment la culture contient de l'acide formique. De plus, si l'on ajoute une légère quantité de cet acide à une culture récente, on arrête tout de suite le développement du pneumocoque.

L'acide formique jouit donc, à l'égard du pneumocoque, de propriétés bactéricides au plus haut degré, propriétés que le Dr Rochon a essayé de mettre à profit dans la thérapeutique de la pneumonie.

Chez 6 malades, dont 3 adultes et 3 enfants, atteints de pneumonie franche aiguë, il a eu recours au formiate de soude, administré à l'intérieur, en potion. Les doses de formiate de soude employées ont été de 30 à 50 centigrammes par jour chez les enfants et de 1,50 à 2 grammes chez les adultes; mais le Dr Rochon pense qu'elles pourraient être élevées sans danger.

Chez les 6 malades, tous dans les premières heures de la maladie, la fièvre est tombée soit le troisième jour (dans 4 cas), soit le quatrième jour (dans 2 cas). Les signes d'auscultation ont persisté, durant deux ou trois jours après la chute de la température.

En même temps que le formiate de soude le Dr Rochon a donné l'alcool, rhum ou cognac : 60 grammes aux adultes, 10 à 25 grammes aux enfants. L'alcool transformé dans l'économie en aldéhyde peut donner lieu, en présence de l'acide formique, à une nouvelle combinaison dont l'effet serait plus énergique encore ; tel l'aldéhyde formique. C'est pour cela sans doute que les urines d'un des malades réduisaient à chaud une solution ammoniacale de nitrate d'argent. De sorte qu'en donnant directement de l'aldhéyde formique, qui peut s'employer sans danger chez l'adulte à la dose de 3 grammes par jour, on arriverait à un résultat meilleur encore.

Avec une solution de formiate de soude à 4 p. 100, employée en gargarismes, le Dr Rochon a obtenu sur lui-même, en deux jours, la guérison d'une amygdalite à pneumocoques contractée près d'un malade atteint de pneumonie, quatre jours après la guérison, mais en continuant les gargarismes : une inoculation de salive d'un lapin resta négative ; après quatre nouveaux jours passés sans traitement, une nouvelle inoculation resta de même sans action.

Il paraît donc que l'acide formique, sous forme de formiate de soude, et sans doute l'aldéhyde formique méritent la première place parmi les agents à employer soit dans le traitement des affections pneumococciques, soit par leur prophylaxie.

G. Lyon.

La sérothérapie dans la pneumonie, par de Renzi. — (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 10, p. 505, 1896.) — Quatorze malades atteints de pneumonie ont été traités à la clinique de Naples par la sérothérapie ; les doses de sérum employées ont varié, pour chaque cas, entre un minimum de 8 centimètres cubes, et un maximum de 70 centimètres cubes. A part deux cas, où le sérum provenait d'un âne immunisé, il a été fourni par des lapins dont l'immunisation avait été portée au plus haut degré.

Les injections ont été pratiquées en moyenne entre le quatrième et le cinquième jour, (ce qui tient à ce qu'aucun malade n'est entré à une époque plus rapprochée du début de la pneumonie). Elles ont toujours été bien tolérées. Elles ont abaissé la température de 1 à 3°, et diminué simultanément la fréquence du pouls et des mouvements respiratoires. La durée de la maladie a été de huit jours en moyenne.

La mortalité a été de 2 cas sur 14, soit 14 p. 100.

G. Lyon.

Sur le traitement de la tuberculose par les sels ordinairement contenus dans le sang, par Stadelmann. (*Rundschau*, p. 392, 1896.) — D'après

Stadelmann c'est dans le sang que se trouvent les substances immunisantes contre la tuberculose et ces substances y seraient contenues sous forme de sels. Ces sels sont en majeure partie constitués par le chlorure de sodium et ensuite par le phosphate et le carbonate de soude.

Les animaux et les individus dont le sang est riche en sels, ne sont pas disposés à contracter les maladies. L'analyse du lait (qui est un produit du sang) jette un jour nouveau sur l'immunité de la chèvre envers la tuberculose ; le lait de chèvre contient 0,622 p. 100 de sels inorganiques contre 0,138 p. 100 contenus dans le lait de femme. Partant de ce point de vue, Stadelmann chez un certain nombre de malades atteints de lupus, de scrofulose, et d'autres manifestations de la tuberculose a eu l'idée d'administrer aux malades le carbonate de soude ou le bicarbonate à la dose quotidienne très élevée de 10 à 40 gr. Dans quelques cas il prescrivit aussi le phosphate de soude, à la dose de 2 grammes répétée trois fois par jour, et fit des injections sous-cutanées de chlorure de sodium, à la dose quotidienne de 0 gr. 50. Grâce à ce traitement, les bacilles auraient diminué des crachats et les autres signes objectifs seraient notablement améliorés. G. L.

Traitement de l'asthme bronchique. (*Médecine infantile russe*, n° 41, 1896.) — Étant donné le peu de succès qu'on obtient généralement dans le traitement de l'asthme bronchique, nous croyons intéressant de signaler des cas rapportés par Kyssèle où il s'agit d'une fillette de dix ans traitée par l'iodure de sodium et ayant guéri.

Cette fillette était atteinte d'asthme depuis plus d'un an ; elle respirait avec peine et toussait beaucoup. L'examen des poumons n'avait donné aucun résultat.

On administra une solution d'iodure de sodium à 3 p. 100, à prendre 3 cuillerées à soupe par jour ; cette dose fut portée par la suite à 4 cuillerées à soupe par jour.

Déjà trois semaines après le début du traitement, on put constater une amélioration de l'état général ; l'ampliation du thorax pendant l'inspiration, qui n'existait pour ainsi dire pas avant le traitement, commença à atteindre 2 centimètres. A ce moment on prescrivit une solution plus concentrée d'iodure de sodium à 4 p. 100 à la dose de 4 cuillerées à soupe.

Deux mois après, la petite se sentit parfaitement bien. On suspendit alors le traitement, et deux mois après l'auteur a eu l'occasion de revoir la fillette qui se trouvait dans d'excellentes conditions.

B. Taft.

Du rôle prophylactique et thérapeutique du changement de climat dans la tuberculose pulmonaire. (*Wratsch*, n° 45, 1896.) — Morkotoune arrive aux conclusions suivantes :

1° Le changement de climat a certainement une grande importance pour les tuberculeux, tantôt accélérant, tantôt ralentissant la marche de la maladie ;

2° Le séjour dans les pays chauds augmente la prédisposition à la tuberculose des habitants des pays à climat tempéré ;

3° Les voyages lointains qui faisant traverser les régions tropicales, augmentent la prédisposition à la tuberculose pulmonaire ;

4° C'est pour cette raison que la morbidité est plus grande dans la flotte que dans l'armée de terre ;

5° Le climat des tropiques est absolument nuisible aux tuberculeux originaires des pays à climat tempéré ;

6° L'importance du traitement climatérique consiste essentiellement en une action excitante ;

7° Il faut toujours tenir compte, dans ce traitement climatérique, du pays d'origine du malade : le climat où l'on veut l'envoyer ne doit pas présenter de différences trop grandes avec celui du pays où le malade séjourne habituellement. B. T.

Recherches expérimentales sur la chirurgie du poumon. (*Société de chirurgie*, 9 décembre 1896.) — M. Quenu a pratiqué, avec M. Longuet, une série d'expériences sur les chiens, qui lui ont montré que l'ouverture large de la plèvre, du moins intacte, est pleine de dangers. En effet, 12 fois sur 15, la mort par asphyxie s'est produite. Mais si on lutte contre cette dépression en faisant respirer aux animaux de l'air comprimé, moyennant une faible pression (6 millimètres de mercure), le poumon s'applique contre la paroi thoracique et on n'observe plus d'accidents. Aussi l'auteur se promet-il de l'employer chez l'homme dans les opérations avec ouverture large de la plèvre. Aug. Benoit.

Traitement de pleurésies exsudatives d'après le procédé de Lewacheff. (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1896.) — Nous avons eu l'occasion d'analyser, il y a quelque temps, un travail très important du professeur Lewacheff où il préconisait des lavages pratiqués d'une certaine façon comme le meilleur traitement de la pleurésie, soit séreuse, soit suppurée.

Roudneff a eu recours au procédé de Lewacheff dans 13 cas où il s'agissait de pleurésie séreuse et de pleurésie suppurée. Et voici quelles sont les conclusions qu'il formule :

1° Dans toutes les pleurésies non suppurées,

le procédé de Lewacheff exerce certainement une action très favorable sur le processus inflammatoire de la plèvre; ce processus, loin de devenir plus intense, s'apaise au contraire de plus en plus ;

2° Comparativement avec la ponction simple dans la pleurésie séreuse, le procédé de Lewacheff présente incontestablement de grands avantages, à savoir : *a*) il est mieux supporté par les malades, car il ne provoque aucune sensation subjective désagréable ni pendant, ni après l'opération ; *b*) les complications qui peuvent survenir dans la ponction simple par suite de l'incapacité de pouvoir se dilater suffisamment et d'un afflux sanguin trop considérable dans les vaisseaux du poumon et de la plèvre, n'existent plus dans le procédé de Lewacheff, ce qui permet d'extraire une plus grande quantité d'exsudat qui est remplacée aussitôt par la solution physiologique de chlorure de sodium, et rendre moins longue la durée de la maladie; *c*) grâce à la dilution continuelle de l'exsudat, celui-ci s'absorbe plus rapidement et la canule de l'aiguille n'est pas obstruée par des caillots fibrineux; *d*) le procédé de Lewacheff, appliqué prudemment, est absolument inoffensif.

3° Dans les pleurésies suppurées et séro-purulentes, le procédé de Lewacheff peut avec succès remplacer la thoracotomie, mais il est possible qu'il ne donne de bons résultats que dans les cas où les microorganismes ont déjà succombé. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne l'emploi du procédé de Lewacheff dans ces derniers cas, on ne peut pas encore se prononcer d'une façon définitive et il faut attendre des observations ultérieures. B. Taft.

Traitement de la coqueluche. (*Kronika Lekarska* n° 16, 1896.) — Ditte s'est proposé d'étudier les différentes substances thérapeutiques préconisées dans la coqueluche. Nous allons indiquer les résultats qu'il a obtenus par les principaux moyens de traitement. En ce qui concerne l'antispasmine (sel double de narcéine et d'acide salicylique), employé dans 10 cas, l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° L'anti-spasmine n'est pas un spécifique de la coqueluche;

2° Elle diminue incontestablement la gravité des accès, mais elle n'exerce aucune action sur leur fréquence;

3° Elle ne détermine pas d'accidents.

Somme toute, la réputation de cette substance médicamenteuse est surfaite, et si l'on ajoute que son prix est très élevé et qu'il faut l'employer pendant très longtemps (de dix à douze semaines), on comprendra que son usage devienne presque impossible.

Les autres substances (oxyde de zinc avec extrait de belladone, hydrate de terpine, antipyrine, etc.), n'ont pas non plus d'action spécifique, de sorte que l'auteur conseille de recourir dans le traitement de la coqueluche à tous ces moyens en les appliquant suivant les cas et suivant la période de la maladie; ainsi dans le mode convulsif l'auteur prescrit-il du brome; quelques jours après, il administre de la codéine; dans les cas de bronchite, il prescrit l'hydrate de terpine, en un mot il fait un traitement symptomatique rationnel. B. Taft.

De l'action des injections sous-cutanées de spermine sur le cœur dans les cas de faiblesse cardiaque subite pendant et après la diphtérie. (*Dietskaïa Medicina*, n° 1896.) — Zakrjewsky rapporte un cas de diphtérie grave chez une fillette de onze ans chez laquelle, au douzième jour de la maladie, malgré l'amélioration locale, l'état général empira et le pouls devint petit, arythmique, avec défaillance.

Pour parer à ces accidents on injecta une seringue de Pravatz de solution à 2 p. 100 de spermine de Pöhl. Une demi-heure après le pouls devint plus régulier, plus plein, et l'état général s'améliora.

Le lendemain, on fit une nouvelle injection après laquelle le pouls devint tout à fait normal.

Le même accident se répéta une semaine après, compliqué cette fois d'une angoisse précordiale très intense et de phénomènes généraux très graves. Nouvelle injection d'un gramme de la solution de spermine sus-indiquée qui détermine encore une fois une amélioration considérable et cela plus rapidement encore que la première fois — en dix minutes à peine.

L'action favorable de la spermine s'est manifestée à plusieurs reprises, et même lorsque l'auteur eut l'idée de faire une injection avant que la crise cardiaque survînt, au moment des symptômes précurseurs, il put conjurer la crise.

En se basant sur ce fait l'auteur fit des injections plusieurs jours de suite, les accidents n'apparurent plus et la petite malade guérit.

B. Taft.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX
Ancien chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Contribution à l'étude de la dilatation de la trompe d'Eustache par les bougies, (le bougirage). (*Thèse de Paris*, 1896). — M. Grossard conclue ainsi son travail :

1° La dilatation de la trompe d'Eustache au moyen de bougies graduées est une méthode essentiellement française, perfectionnée en ces derniers temps par les auteurs allemands et en particulier par Urbanischitsh.

2° Le bougirage est indiqué toutes les fois que la douche d'air est insuffisante à aérer la cavité tympanique.

3° On doit aussi l'employer dans tous les cas d'affections chroniques de l'oreille moyenne, dans lesquels, avec des symptômes de surdité et de bruits subjectifs, l'isthme de la trompe possède moins de 1 millimètre à 1 millimètre un tiers de calibre. L'élargissement de la trompe doit être considéré comme d'autant plus nécessaire, que la lumière de celle-ci s'écarte davantage de la normale qui est d'environ 1 millimètre et demi, et qu'en cela les symptômes de bourdonnements et de surdité sont plus marqués.

4° Le bougirage ne présente aucun danger à condition de suivre bien exactement la technique indiquée, d'agir avec toutes les précautions d'asepsie désirable et enfin de ne pas faire suivre le cathétérisme d'une douche d'air.

5° En effet, si la méthode employée autrefois est peu à peu tombée dans l'oubli, c'est parce qu'elle avait donné lieu à des accidents souvent graves, parmi lesquels on peut citer l'emphysème. A. Castex.

Des différents procédés de massage dans le traitement de l'otite moyenne chronique, par Gaston Dantan. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Le travail de M. Dantan se termine par les conclusions suivantes :

Toutes les fois que les mouvements des organes de trasmission sont diminués, ou diminuent progressivement par suite des modifications de la muqueuse de la caisse, le massage est indiqué.

De même dans le cas de diminution de mobilité de l'appareil de transmission produite par des synéchies. Le massage indirect par pneumothérapie, utile quand la chaîne n'a perdu qu'une partie de son élasticité et de sa mobilité, est contre-indiqué le plus souvent lorsque le processus de sclérose est avancé. Les méthodes de massage indirect lent sont encore l'appareil de Deltouche avec un manomètre et plus simplement la poire à pression en caoutchouc. Les méthodes de massage indirect vibratoire se réduisent à l'emploi de vibrations mécaniques ; sans nier les résultats parfois heureux de la photothérapie, il faut en attribuer le plus souvent les résultats à l'action vibratoire mécanique seule et les qualités sonores sont plus nuisibles qu'utiles, quand l'oreille y est longtemps soumise.

D'autre part on reproche au massage indirect de limiter en grande partie son action au tympan. Le massage direct a l'énorme avantage d'agir sur la chaîne des osselets. Ce massage vibratoire manuel paraît le mode le plus rationnel et l'emploi de la sonde à ressort de Laux est actuellement le procédé qui en permet l'application la plus efficace. Le massage vibratoire de la trompe et de son orifice pharyngien apportent le plus souvent une part sensible à la réussite du traitement. Le massage peut maintenir l'audition satisfaisante pendant un temps très variable, parfois fort long. Le massage sera totalement inutile dans tous les cas d'immobilisation complète de la chaîne, par suite de soudures et de protections calcaires ou osseuses. C'est dans ces cas au traitement chirurgical qu'il paraît rationnel de s'adresser. Suivant les indications la mobilisation opératoire remplacera le massage direct : l'extraction des osselets et, dans certains cas, de l'étrier lui-même, pourra peut-être en constituer le dernier terme. A. Castex.

Des agents hémostatiques en rhinologie, par M. Leblond. (*Thèse de Paris* 1896.) — L'hémostase provisoire dans le cas d'hémorragie nasale peut être obtenue, au moyen d'un nettoyage de la cavité nasale avec un tampon imbibé d'une solution d'antipyrine au cinquième ou au dixième.

Elle prépare à l'hémostase définitive, par la cautérisation au nitrate d'argent, ou, si cette cautérisation doit être plus profonde, avec le galvano-cautère porté au rouge sombre.

Enfin, dans le cas d'épistaxis rebelle où le tamponnement est nécessaire, c'est au tamponnement avec la gaze iodoformée, que l'auteur nomme tamponnement par étages, qu'on donnera la préférence. Il est en effet à l'abri des critiques formulées contre les autres modes de tamponnement, car il n'est ni trop douloureux ni difficile à pratiquer, et d'un autre côté, il est efficace et antiseptique et, par conséquent, incapable de donner naissance aux infections secondaires de l'oreille moyenne si souvent reprochées au tamponnement postérieur des fosses nasales.

A. Castex.

Parachlorophénol comme moyen thérapeutique dans les affections tuberculeuses du larynx et ses propriétés désinfectantes à l'égard des cultures pures du bacille de Kock et des crachats des tuberculeux. (*Medicinskoie Obosrenié*, n° 24, 1896.) — Le travail de Spengler se divise en deux parties : clinique et expérimentale. Les observations cliniques ont été faites sur 26 malades atteints de tuberculose laryngée ; quant aux expériences, on lès a pratiquées avec des cultures pures sur agar glycériné ou dans du bouillon glycériné. Voici les conclusions que formule l'auteur :

1° Les solutions glycérinées de parachlorophénol à 10 p. 100, ainsi que les solutions de parachlorophénol pur (la concentration des solutions augmentée, bien entendu, progressivement) employées localement sous forme de badigeonnages et de frictions, déterminent la cicatrisation des ulcères superficiels et profonds du larynx, ainsi que l'absorption des infiltrations tuberculeuses ;

2° On n'observe aucun phénomène de réaction ni d'irritation ;

3° Les solutions glycérinées de parachlorophénol employées localement ont une action anesthésique dans toutes les formes de tuberculose ; cette action anesthésique dure plusieurs jours, tandis que, comme on le sait, l'action de la cocaïne est très courte ;

4° Le parachlorophénol a ce grand avantage sur l'acide lactique et sur le traitement chirurgical qu'il peut être appliqué dans toutes les formes et à toutes les périodes de la tuberculose du larynx jusqu'aux derniers moments de la vie ;

5° Dans le lupus des muqueuses le parachlorophénol agit aussi d'une façon efficace ;

6° Le parachlorophénol représente un des désinfectants les plus énergiques à l'égard des bacilles en culture pure ainsi que dans les crachats.

B. Taft.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Ex-président de la Société française d'ophtalmologie.

Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire, par M. Moissonnier. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Depuis les publications de M. Darier en 1891 sur ce sujet on a beaucoup écrit pour expliquer le mode de pénétration dans le globe oculaire du liquide injecté sous la conjonctive et pour préciser les indications de cette méthode. La thèse de M. Moissonnier apporte une sérieuse contribution à la question, appuyée sur un grand nombre d'observations personnelles ou empruntées à différents auteurs.

La formule recommandée par l'auteur est la suivante :

Sublimé	1 centigramme
Chlorhydrate de cocaïne	50 —
Eau.	20 grammes.

Solution au 1/2000 dont on injecte quatre à cinq gouttes tous les deux jours.

Les injections agissent favorablement dans les infections aiguës, primitives, du globe oculaire, avec tendance à la suppuration (ulcères infectieux et abcès de la cornée, irido-choroïdites suppuratives). Les autres infections (kératite parenchymateuse et pustuleuse ; iritis et irido-choroïdite aiguës ; chorio-rétinite ou névrite optique) relevant d'une cause générale, demandent un traitement général et les injections sont peu utiles ou simplement adjuvantes. Dans la chorio-rétinite myopique et dans les affections du nerf optique, elles sont complètement impuissantes. Les doses massives sont très douloureuses et il faut s'en tenir aux injections de deux à trois gouttes d'une solution au 1/1000 ou de quatre à cinq gouttes d'une solution au 1/2000. Kopff.

Ectropion non cicatriciel, par M. Roques. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Il y a deux variétés d'ectropion : l'ectropion aigu (consécutif à des poussées congestives) et l'ectropion chronique qui présente plusieurs modes de production et qu'on divise en : ectropion cicatriciel, ectropion lacrymal ou sénile, ectropion muqueux parétique (parésie de l'orbiculaire).

Les divers traitements habituels (fer rouge, massage, électricité, cautérisations horizontales) agissent favorablement sur la variété d'ectropion où une excitation de la muqueuse suffit pour ramener la contractilité musculaire. Mais lorsqu'à ce relâchement sénile se joint un certain degré de parésie, le redressement de la paupière ne s'obtiendra que grâce à l'action d'un tissu de cicatrice. Alors les cautérisations horizontales seront suffisantes, n'agissant que sur une faible partie de la muqueuse ectropionnée. Il faut dans ces cas employer les cautérisations verticales, dont l'action se produit sur toute la surface de la muqueuse et peut seule amener une rétraction cicatricielle suffisante. Kopff.

Des méthodes de traitement du strabisme, par M. Langle. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Aujourd'hui, la théorie musculaire de Græfe est complètement battue en brèche et la théorie nerveuse est généralement admise, d'après laquelle le strabisme n'est pas la conséquence d'une faiblesse congénitale ou acquise des muscles, mais d'un trouble d'innervation des muscles oculaires pour la convergence, le strabisme convergent étant dû à un excès et le strabisme divergent à une insuffisance.

L'auteur étudie l'état actuel de la question au point de vue pathogénique, en critiquant à l'aide des travaux les plus récents (Parinaud), les anciennes doctrines (Buffon, de Græfe et Donders qui s'est le plus rapproché de la vérité) ; — et au point de vue du traitement, en signalant les indications qui doivent guider dans l'emploi des divers moyens optiques, orthomorphiques et chirurgicaux.

Les conclusions de l'auteur sont :

a). Au point de vue pathogénique, celles de M. Parinaud :

1° Les causes du strabisme agissent sur la convergence par l'intermédiaire de l'accommodation ou du fusionnement en passant par le cerveau;

2° Tout obstacle à la vision binoculaire peut devenir une cause de strabisme;

3° Il faut considérer le strabisme comme un vice de développement de l'appareil de vision binoculaire.

b). Au point de vue du traitement :

A partir de huit ou neuf ans le traitement fonctionnel doit être abandonné; car alors, le développement des forces musculaires du globe et la régularisation de l'influx nerveux qui les amène, doivent être considérés comme définitivement établis.

Si l'on ne recherche qu'un résultat esthétique. une opération suffit; si l'on recherche le rétablissement de la vision binoculaire, il faut faire suivre l'opération par le traitement stéréoscopique.

Le procédé de M. Panas (élongation) est celui que préconise l'auteur, comme remédiant aux causes d'insuccès de la ténotomie dans les fortes déviations. KOPFF.

Du massage oculaire, par M. GIEURE. (*Th. de Paris*, 1896.) — Etude sur ce procédé de traitement dans quelques maladies des yeux, comprenant l'historique de la question, la description des massages : simple, médicamenteux, traumatique, leurs diverses indications et dix-huit observations à l'appui.

L'auteur conclut que le massage aide puissamment l'action des pommades et des collyres; qu'on fera : du massage simple dans les embolies de l'artère centrale de la rétine; les blépharospasmes; la maturation artificielle de la cataracte; — du massage médicamenteux dans les conjonctivites, les kératites phlycténulaires, interstitielles, les catarrhes printaniers et les kératites en bandelettes; — du massage traumatique dans les conjonctivites folliculaires et les granulations. Le massage se fait au moyen des paupières, jamais directement sur la cornée.

Le massage est contre-indiqué : dans les ulcères profonds causés par d'anciennes cicatrices; dans la myopie progressive; dans les cas d'hypotonie prononcée du globe; lorsqu'il est suivi d'une forte réaction inflammatoire; chez les malades atteints de cataracte commençante, à moins que l'on ne veuille traiter l'opacification du cristallin. KOPFF.

Intoxication par la scopolamine. — M. VALUDE rapporte à la Société de médecine légale (*décembre* 1896) un cas d'intoxication par la scopolamine chez une malade, après deux instillations de trois gouttes d'un collyre à un gramme de bromhydrate de scopolamine pour 200 d'eau. Ces deux instillations ont été suivies de vertige, délire et agitation qui ont cédé le lendemain après une débâcle intestinale. Le même collyre n'avait produit aucun accident chez d'autres malades, avec un emploi plus fréquent. Il s'agissait d'une personne nerveuse, hystérique et d'une intolérance particulière. KOPFF.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

De la résection des canaux déférents dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, par NOVÉ-JOSSERAND. (In. *Gaz. méd. de Paris* 1896, p. 481.) — A propos de trois malades opérés à Lyon, l'auteur donne une revue des effets de cette opération. Le résultat le plus positif est l'amélioration de l'émission des urines, la vessie s'évacue plus complètement, la miction volontaire reparait, surtout quand la lésion n'est pas trop ancienne, et assez pour rendre quelquefois le cathétérisme inutile ou le faire espacer. Dans les cas favorables cette amélioration survient dès la première semaine, quelquefois après deux mois.

Les douleurs et la fréquence des mictions diminuent, les urines s'améliorent, mais la prostate, qui dans certains cas diminue vite, reste grosse bien souvent.

Cette intervention convient souvent à la période moyenne du prostatisme. E. CHEVALIER.

Le traitement de la cystite douloureuse par le curettage vésical chez la femme, par CAMERO. (*Gaz. Hebd.*, 1896, p. 913.) — Les lésions de la cystite étant le plus souvent localisées au trigone et au pourtour du col, M. Guyon fait chez la femme le curettage de la vessie par l'urètre. On y joint les grands lavages à l'aide de la sonde à lithotritie, sans chercher à distendre la voie: on laisse une sonde à demeure quinze jours à trois semaines. L'auteur, sur 29 cas de M. Guyon, note 65,5 p. 108 de résultats favorables et 34,5 p. 100 d'insuccès.

C'est donc là une bonne opération, qui dans les cas graves doit précéder la taille vésicale, laquelle peut pourtant devenir nécessaire.

E. CHEVALIER.

Emploi du permanganate de zinc dans le traitement de la blennorrhagie. (*Medical News*-7 nov. 96.) — Le Dr Hotaling, de Baltimore, a observé que le permanganate de zinc constitue un des meilleurs remèdes de la blennorrhagie. Ce sel a l'aspect du permanganate de potasse : son emploi ne s'accompagne d'aucune action irritante.

On commencera par 4 ou 5 injections par jour d'une solution aqueuse à 1 p. 100 ; on peut monter à 2,5 p. 100 sans inconvénient. Sur 50 cas traités, les malades étaient atteints pour la première fois dans 33 cas : la guérison fut obtenue en trois semaines en moyenne. Les injections ne furent jamais utilisées dès le début ; ce fut en moyenne au bout de neuf jours d'injections que tous les symptômes morbides disparurent. Dans un cas, une orchite intercurrente força l'auteur à suspendre la médication : dans un autre, les résultats obtenus furent nuls. Les 17 cas restants se décomposent en 10 récidives, qui furent guéris dans le même laps de temps que les malades ci-dessus, et en 7 cas chroniques qui furent traités par les injections et la dilatation : dans 5 cas, la guérison fut obtenue plus rapidement même que dans les deux catégories précédentes. Dans 2 cas, résultat nul.

L'auteur ne parle pas de la méthode de Janet : il eût été fort intéressant d'expérimenter le permanganate de zinc en se servant du procédé des grands lavages. Les doses indiquées dans l'article paraissent beaucoup plus fortes que celles auxquelles on prescrit d'ordinaire le permanganate de potasse en injections : l'auteur ne donne pas les raisons qui lui ont fait adopter ce dosage.

E. Vogt.

Le procédé de Tomasolli (injections de l'anoline et de nitrate) d'argent dans le traitement de blennorrhagie. (*Ejenedelnik*, n° 18, 1896.) — Stein a employé ce procédé chez 27 malades : il commençait par injecter la solution de lanoline contenant 1 p. 100 de nitrate d'argent; ensuite il augmentait progressivement la concentration de la solution jusqu'à la porter à 2,5 p. 100.

Les conclusions que l'auteur formule en se basant sur les 27 observations où la solution en question fut employée à l'exclusion de tout autre traitement, sont les suivantes :

1° Le procédé de Tomasolli est plus simple que certains autres procédés;

2° Il n'est pas douloureux et est très bien supporté, tandis que les autres procédés comme par exemple celui de Guyon et celui d'Ultzmann, déterminent de fortes douleurs ;

3° L'action du médicament introduit dans l'urètre est plus durable qu'avec d'autres méthodes ;

4° Quant aux résultats qu'il donne, ils sont au moins aussi favorables que ceux qu'on obtient avec les autres procédés ; et il y a même des cas où l'on arrive à obtenir un meilleur résultat avec le procédé Tomasolli.

L'auteur termine son travail en citant les paroles du professeur Posner qu'il confirme : « On ne peut pas toujours arriver, dans la blennorrhagie, à obtenir la disparition complète de la sécrétion; bien souvent il faut se contenter d'avoir transformé la secrétion purulente en une secrétion épithéliale. Il est même prudent, dans ces cas, de s'abstenir de tout autre traitement local, car, l'organe laissé au repos, les dernières traces de la maladie disparaîtront plus sûrement et plus facilement. »

B. Taft.

La taille sus-pubienne comme méthode de traitement des rétrécissements infranchissables de l'urètre et des fistules urinaires. (*Archives russes de chirurgie*, fasc. 3, 1894.) — Le travail de Fabrikant est basé sur 66 cas observés dans la clinique du professeur Groubé. Sur ces 66 cas, il y a eu 7 cas de mort, ce qui fait une proportion de 10 p. 100. Ajoutons que la taille suspubienne pratiquée pendant ces cinq dernières années sur 72 malades n'a pas donné un seul cas de mort. La technique de l'opération est la suivante : la vessie est remplie préalablement d'une solution de 2 p. 100 d'acide borique de telle façon que l'organe s'élève à la hauteur de trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Un cathéter est introduit dans l'urètre; dans le rectum, on place une ou deux éponges. L'incision est faite ordinairement dans la direction longitudinale et ce n'est que rarement qu'on la pratique en sens transversal. On ouvre la vessie en se guidant sur le bec du cathéter, et les bords de l'incision vésicale sont suturés aux bords de l'incision cutanée.

Après l'opération, le malade reste couché sur le ventre; on ne fait pas de pansement ; celui-ci est remplacé par de petits coussins remplis d'ouate de bois qui sont changés au fur et à mesure qu'il s'imbibent d'urine.

Cette technique n'est applicable dans toute sa rigueur que dans les cas classiques (pour des calculs vésicaux.) Dans les cas de rétrécissements infranchissables, il est impossible, cela va de soi, d'introduire un cathéter dans l'urètre. Mais dans ce cas, c'est le tamponnement du rectum qui rend de très grands services ; ce tamponnement rapproche la vessie du pubis de sorte qu'on peut l'ouvrir sans blesser le péritoine.

B. Taft.

De la néphropexie, par M. Jonnesco (de Bukarest). (*Xe Congrès franç. de Chirurgie*, 1896.) —

M. M. Jonnesco préconise un nouveau mode opératoire pour la néphropexie. Il passe d'abord en revue les procédés classiques et en fait ressortir les inconvénients. Il insiste sur la permanence des fils; si l'on emploie le catgut, on peut avoir des surprises désagréables dues à l'asepsie imparfaite du fil; de plus, il peut se résorber avec une rapidité plus ou moins grande et disparaître avant la production des adhérences cherchées. Quant au fil de soie, il peut amener de la suppuration, malgré l'asepsie la plus parfaite; il peut être la cause de fistules, de douleurs internes, et provoque autour de lui une sclérose assez étendue du tissu rénal. Ce sont ces différents motifs qui ont déterminé M. Jonnesco à ce procédé nouveau.

Ce procédé présente trois points importants : 1° Incision cutanée de la onzième côte jusqu'au-dessous de la crête iliaque, en suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire; division des muscles et recherche du rein; 2° passage des fils de soie au nombre de trois; ces fils sont doubles : le premier suspend l'extrémité supérieure du rein; le deuxième est passé comme le précédent à 2 centimètres au-dessous du premier, le troisième complète le précédent à 2 ou 3 centimètres au-dessous du deuxième, traverse la côte et suspend l'extrémité inférieure du rein; 3° ligature des fils; on lie au bout des fils doubles deux tampons de gaze stérilisée, on tire jusqu'à l'extrémité libre des fils pour suspendre le rein et l'appliquer sur les bords de la plaie. Ce procédé forme trois sangles qui suspendent le rein sans le serrer de trop. Il ne reste plus qu'à suturer la plaie par quelques points de crin de Florence. Le cinquième jour, les adhérences sont suffisantes pour que les fils puissent être enlevés.

Ce procédé est certainement très logique, car il évite les inconvénients indiqués ci-dessus et supprime la possibilité de la luxation de l'extrémité supérieure du rein, quand on ne fixe, comme dans le procédé classique, que son extrémité inférieure. R. Bl.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Observations sur la thérapeutique intra-utérine, par G. Zepler. (*Monatschrift fur Geburtshilfe und Gynækologie*, octobre 1896.) — Après avoir constaté les résultats médiocres que donnent dans le traitement de l'endométrite les autres méthodes, Zepler préconise un nouveau procédé qu'il décrit sous le nom de trachélocaustique, stomatocaustique ou isthmocaustique, et qui consiste dans une cautérisation circulaire avec le Paquelin (*Paquelinisation*) de l'orifice interne. Dans ce but l'utérus est, pendant environ deux jours successifs, dilaté au moyen de tiges de laminaires, puis curetté, asséché soigneusement avec un peu d'ouate ou de gaze et finalement bourré depuis le fond jusqu'à l'orifice interne au moyen de gaze stérilisée. La région à cautériser est découverte au moyen d'un miroir analogue à ceux qui servent pour l'endoscopie urétrale : comme cautère, on emploie une pointe d'un demi-centimètre de large adaptée à une tige mince, un peu recourbée à l'extrémité, longue de 2 à 3 centimètres. A l'extraction du tampon de la cavité, succèdent l'irrigation froide intra-utérine, l'introduction dans l'utérus d'une mèche de gaze iodoformée. Le lendemain, la mèche est retirée et l'utérus irrigué. Cette irrigation intra-utérine se renouvelle tous les deux ou trois jours. Après l'opération, applications froides et pilules d'opium.

Pour obtenir des tiges de laminaires non seulement stérilisées mais aussi antiseptiques, l'auteur les laisse séjourner deux jours dans l'eau, puis les imbibe d'alcool au sublimé à 1/4 ou 1 p. 100 dans lequel elles sont plongées pendant vingt-quatre à quarante-huit heures après les avoir séchées et essuyées extérieurement avec un linge. Séchage à l'air dans un récipient stérilisé, conservation dans la glycérine au sublimé à 1 p. 100.

Zepler admet que la ligne cicatricielle qui suit la cicatrisation agit dans le sens longitudinal et non transversal et recommande, dans le traitement de la dysménorhée par antéflexion, le procédé qui supprime l'angle de coudure entre le corps et le col. Ce procédé donne aussi de bons résultats dans les cas de sténose relative par hypertrophie de la muqueuse, en ce qu'il maintient libre la voie pour l'issue des liquides.

La stomatocaustique est contre-indiquée dans les affections aiguës ou chroniques purulentes de l'endométrium, et aussi par les exsudats et les suppurations collectées dans le bassin, tandis que Zepler se prononce moins rigoureusement dans les cas d'affections périutérines plus légères qui souvent ne dépendent pas d'une endométrite infectieuse chronique.

Dans des développements ultérieurs, l'auteur insiste vivement sur les avantages de la dilatation par les laminaires en comparaison des autres méthodes de dilatation. Il met en garde contre l'emploi de l'ergotine dans le traitement des endométrites.

La dilatation par les laminaires est aussi la plus avantageuse pour le traitement des kystes tu-

baires. Zepler propose, après dilatation large de l'utérus, l'exploration directe ou indirecte, et conseille de tenter le cathétérisme des trompes (?).

R. Blondel.

Traitement du prurit vulvaire. (*Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynæk.*, 1896, p. 355.) — P. Ruge rappelle qu'Olshausen considère le prurit vulvaire comme une névrose, Seligman comme une affection parasitaire, Sänger comme une lésion locale. L'auteur la rattache à une irritation locale due aux sécrétions génitales et à l'urine et assigne à cette irritation une cause tantôt chimique (acidité, sucre), tantôt bactériologique. Comme traitement, il recommande avant tout une propreté locale minutieuse aussi sévère que l'antisepsie pré-opératoire : le vagin et la cavité vaginale seront savonnés, nettoyés avec le doigt sous irrigation d'une solution de sublimé ; on terminera par une onction à la vaseline phéniquée à 3 ou 4 p. 100. Ce traitement appliqué avec assiduité, surtout si le médecin y veille lui-même, donne des résultats remarquables. R. Blondel

L'hystérectomie vaginale d'après le procédé de Doyen. (*Médicinskoié Obozrénié*, 15, 1896.) — Sadowsky rapporte six cas dans lesquels il a employé le procédé de Doyen, pour des affections cancéreuses de l'utérus; dans un cas on fut obligé d'enlever un utérus gravide également atteint de dégénérescence cancéreuse. Dans chaque cas particulier, on fut, bien entendu, forcé de modifier quelque peu les règles opératoires posées par Doyen; mais d'une façon générale on exécuta l'opération suivant les grands traits indiqués par le chirurgien français. Dans les cas où il était difficile d'abaisser l'utérus, on prolongea l'incision primitive sur le corps de l'organe en forme de V, après quoi il était facile de faire sortir l'utérus par le cul-de-sac antérieur; on terminait l'opération en appliquant des pinces sur les ligaments larges.

Toutes les malades ont très bien supporté l'intervention chirurgicale; les suites opératoires étaient satisfaisantes, et les malades se sont rétablies très vite.

Sadowsky ne peut donc que se louer du procédé de Doyen et lui reconnaît bien des avantages, comparativement au procédé par ligatures. B. Taft.

Contribution au traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse. (*Journal d'accouchements russe*, n° 19, 1896.) — Pobiedinsky rapporte le cas d'une femme enceinte de sept mois environ chez laquelle on a constaté la dégénérescence carcinomateuse du col de l'utérus allant jusqu'aux culs-de-sac. On décida de l'opérer immédiatement et l'on pratiqua l'opération Porro qu'on a complétée ensuite par excision de la portion vaginale de l'utérus d'après le procédé de Doyen. L'enfant fut extrait en état de légère asphyxie. La mère guérit.

Pobiedinsky dit à propos de ce cas que l'opération Porro avec fixation extrapéritonéale du pédicule est préférable à l'opération césarienne conservatrice. B. Taft.

De l'anesthésie obstétricale. (*Wratsch*, n°s 39 et 40, 1896.) — Depuis dix-sept ans, Dobronravoff emploie, dans le but d'obtenir l'anesthésie obstétricale, le mélange de Billroth, composé de chloroforme, d'éther et d'alcool. Etant donné le peu de volatilité de ce mélange qui n'excite pas par conséquent outre mesure les accouchées, l'auteur estime qu'il est préférable à l'éther et au chloroforme purs, car tout en gardant les propriétés de ces deux substances il procure un sommeil plus tranquille et plus prolongé ; en même temps l'accouchée garde sa conscience, tout en ne souffrant pas.

En prenant certaines précautions, l'auteur arrive à pratiquer l'anesthésie au premier degré, sans la moindre suite fâcheuse aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

D'une façon générale il pratique l'anesthésie obstétricale de la façon suivante :

Au moment de l'apparition des premières douleurs il fait des injections de morphine et de cocaïne ; ensuite, suivant les cas, on administre du chloral. Mais tous ces moyens ne sont pas employés l'un après l'autre et l'on ne cherche pas à obtenir un sommeil complet. La suggestion a également sa place. Enfin au moment où la tête arrive sur le plancher périnéal et que les douleurs intenses d'expulsion commencent, on pratique l'anesthésie générale au premier degré à l'aide du mélange de Billroth, dont nous venons de parler. B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

La médication antiphlogistique et contre-fluxionnaire devant les idées modernes, par M. le Professeur Grasset, leçon recueillie par Vedel. (*Nouveau Montpellier médical*, 1er novembre 1896.) — Sous une forme très humoristique et très documentée l'auteur étudie la médication de l'*inflammation*.

Il ne considère d'abord que l'inflammation aiguë, constituant une maladie aiguë ou une pous-

sée aiguë d'une maladie chronique et se pose la question : faut-il la combattre chez le malade qui la présente?

Il constate que dans une première phase la microbiologie a dit : c'est inutile; dans une seconde, c'est dangereux. Grasset a déjà combattu en 1877 cette tendance animiste et montré que, pour l'école de Montpellier, la réaction vitale n'est pas toujours et nécessairement heureuse. Avec Kiener, il considère l'inflammation comme un acte souvent fâcheux, nuisible; il fait indication, il s'impose à l'attention du médecin, qui doit s'efforcer de le combattre. La médication antiphlogistique n'est pas nuisible, n'est même pas inutile, ne se confond pas dans la médication antiinfectieuse. Elle est utile et s'adresse à un élément clinique distinct, l'inflammation, qui fait réellement indication thérapeutique.

Les indications de la médication antiphlogistique sont nombreuses et faciles à constater au lit du malade qui accuse lui-même la douleur de l'organe affecté superficiel ou profond.

Les agents de la médication antiphlogistique et contrefluxionnaire peuvent être ramenés à quatre procédés principaux :

1° Dégorger directement la partie enflammée; il y a trop de sang, il faut en enlever : c'est le procédé qui semble le plus rationnel et le plus simple. Ce n'est pas le plus fécond; mais il a sa place scientifique; il cherche l'action déplétive locale;

2° Modifier directement la circulation locale de la partie enflammée, la restreindre dans ses écarts, la modérer dans ses exagérations : c'est l'action modificatrice locale;

3° Modifier cette circulation locale troublée indirectement en agissant sur d'autres régions, reliées hydrauliquement ou nerveusement à la région enflammée : c'est l'action contrefluxionnaire.

4° Agir sur cette circulation locale par l'intermédiaire de la circulation générale, combattre directement l'éréthisme cardio-vasculaire : c'est l'action déplétive générale, et l'action contre-stimulante ou hyposténisante.

1. Agents de déplétion locale : *émissions sanguines locales*. — Les émissions sanguines ressuscitées de nos jours ne trouvent pas leur indication majeure dans la médication antiphlogistique. C'est dans la médication antiinfectieuse commune que se trouve la vraie, la grande et principale place de la saignée.

Les agents employés pour la déplétion locale sont les sangsues, les ventouses scarifiées. Les applications cliniques de cette première méthode sont assez limitées.

2. Agents de modification locale : *émollients et astringents locaux*. — Les médicaments de cette catégorie sont bien passés de mode et n'ont pas une grande utilité. Les astringents comme l'eau blanche; les émollients comme la graine de lin, la gomme, la guimauve (fomentations, cataplasmes) ne sont plus employés.

L'eau chaude et froide reste le grand agent pour remplir utilement cette indication modificatrice locale. L'action résolutive de la chaleur et l'action astringente du froid n'est pas douteuse. Pour maintenir l'action vaso-constrictive il faut maintenir et renouveler le froid.

Le chaud produit une action décongestionnante, c'est le véritable agent antiphlogistique local.

3. Agents contrefluxionnaires. — On doit distinguer la révulsion et la dérivation sans s'attacher au sens étymologique qui se rattache à une théorie et qui gêne.

L'ancienne révulsion, c'est-à-dire l'application de l'attractif plus ou moins loin de l'organe malade est vraiment de la contrefluxion : on tâche de diminuer le trouble vasculaire en détournant le mouvement fluxionnaire plus ou moins loin. Quand par un sinapisme on entraîne de l'hyperhémie superficielle à la peau, ou anémie les viscères profonds, on détourne le mouvement fluxionnaire et à ce point de vue le point d'application des irritations tégumentaires n'est pas indifférent, ainsi que l'a fait remarquer Fr. Frank.

Dans une poussée aiguë hyperhémique brusque, on essaie de le combattre par des attractions plus ou moins éloignées.

Dans une affection subaiguë ou chronique, quand la fluxion ne se résout pas, on cherche à stimuler la circulation défaillante ; un vésicatoire est nécessaire pour la résorption et la guérison. — Ce sont les lois de Barthez.

Parmi les agents de cette médication, le vésicatoire cantharidien le plus répandu dans la pratique courante a été l'objet d'accusations nombreuses et fondées; mais après analyse sa condamnation n'est pas absolue; on a le droit de s'en servir à condition de prévenir les accidents :

1° Examiner l'urine des malades, le proscrire chez le diabétique et l'albuminurique.

2° Ne pas l'appliquer sur les diphtériques ou sur des malades voisins de diphtériques.

3° L'appliquer proprement, laver la peau à l'eau, à l'alcool et à l'éther, puis à l'eau boriquée bouillie; appliquer ensuite le vésicatoire saupoudré de salol et recouvert d'un papier de soie huilé; mettre par dessus une couche d'ouate aseptique.

4° Le laisser peu de temps, cinq à six heures. L'enlever quand l'épiderme est froncé, détacher le tout avec le papier de soie huilé; appliquer

pendant une demi-heure un cataplasme de fécule qui fera gonfler la phlyctène.

5° Panser proprement : percer la phlyctène, ne pas écarter l'épiderme et appliquer de l'ouate aseptique, si le vésicatoire ne doit pas couler; écarter l'épiderme et appliquer de la vaseline boriquée étendue sur de la gaze aseptique ou sur une compresse trempée dans l'eau bouillante, le tout recouvert d'ouate aseptique si le vésicatoire doit couler.

6° Faire boire le malade abondamment dès l'application du vésicatoire et pendant les vingt-quatre heures suivantes.

Dans ces conditions on évitera les accidents et tirera avantage de l'emploi de cet agent.

Les divers agents de contrefluxion se distinguent et se hiérarchisent par la rapidité, la durée et la profondeur de leur action :

1° Linges chauds, sacs de sable chaud, cataplasmes de farine de lin ou de fécule, paquet d'ouate imbibée d'eau chaude; 2° cataplasmes sinapisés, sinapisme; 3° teinture d'iode; 4° thapsia et huile de croton pure ou diluée dans l'huile ordinaire; 5° les pointes de feu; 6° le vésicatoire à la cantharide, à l'ammoniaque ou au chloral; 7° le cautère à la pâte de Vienne, qu'on ne doit pas abandonner. Ce sont les attractifs sur la peau; les attractifs sur les muqueuses, notamment sur le tube digestif, sont les purgatifs.

4. Agents contre l'éréthisme circulatoire : *Saignée et contre-stimulants.* — Dans ce groupe se trouve la saignée qui peut rendre des services dans quelques cas d'éréthisme cardio-vasculaire général, avec énergie des contractions cardiaques plénitude et résistance du pouls; le tartre stibié dont les effets diffèrent suivant les doses: expectorant, vomitif, purgatif, hyposténisant.

En résumé la médication antiphlogistique et contrefluxionnaire est souvent indiquée pour combattre les troubles vasculaires souvent excessifs, maladifs, inutiles et dangereux. *Multa renascentur quæ jam cecidere.* A. Chassevant.

De l'influence de l'âge et de la vie sexuelle sur la rapidité d'absorption stomacale de l'iodure de potassium chez la femme saine. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — Demidowitch arrive à formuler à ce sujet les conclusions suivantes :

1° L'absorption est plus rapide chez les enfants que chez les personnes adultes. Au fur et à mesure que le sujet grandit on constate un ralentissement progressif de l'absorption (l'auteur présente un tableau comparatif qui ne laisse aucun doute à ce sujet);

2° L'absorption s'accélère avant les règles dans la majorité des cas.

3° Au début de la menstruation l'absorption dans la majorité des cas est ralentie si l'on prend comme terme de comparaison le degré de rapidité de l'absorption d'avant les règles;

4° L'absorption devient plus lente pendant la durée des règles et les quelques jours qui les suivent.

5° Chez les femmes enceintes l'absorption gastrique est plus rapide que chez les femmes non enceintes du même âge. B. Taft.

Association médicamenteuse ayant fait disparaître les accidents dus à l'administration de la glande thyroïde dans un cas de goitre, par Léon Mabille. (*Bulletin médical du Nord*, 11 décembre 1896.) — L'auteur publie l'observation d'un cas de guérison de goitre obtenue par la médication thyroïdienne. Cette observation est intéressante, car les accidents provoqués par la médication : tremblement nerveux, violentes palpitations de cœur, douleurs névralgiques dans les lombes, ont cédé à l'administration d'arsenic.

L'arsenic semble donc obvier aux accidents occasionnés par la médication thyroïdienne. L'auteur a employé la liqueur de Fowler à la dose de 12 gouttes par jour. A. Chassevant.

Quelle préparation ferrugineuse doit-on prescrire dans la chlorose? (*Therap. Monatshefte* janv. 97.) — Le Dr Israel, de Medenau, revient après de nombreux essais, à l'antique perchlorure de fer; il le considère comme constituant la meilleure préparation martiale. Commencer par une goutte dans un verre d'eau, 3 fois par jour après le repas; on augmentera la dose jusqu'à 10 à 12 gouttes par jour. L'auteur ne fait aucune mention des inconvénients de cette médication (constipation, états congestifs, etc.), qui l'ont fait abandonner, en France du moins, par la majorité des praticiens. E. Vogt.

De l'ichtyol. (*Medicinskoié Obosrenié*, n° 26, 1896.) — Depuis déjà quelques années que l'ichtyol est employé avec succès en gynécologie et en dermatologie. C'est un bon agent microbicide; il jouit, d'autre part, d'une certaine action analgésique. Mais le point peu étudié encore quoique très intéressant, c'est l'administration interne de l'ichtyol par la voie gastrique. C'est ce point que voulut étudier Gunsbourg. Il administra le sulcfihthyolate d'ammoniaque sous forme de pilules, à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour (4 grammes d'ichtyol pour 10 pilules, 2 à 3 pilules par jour) chez 70 malades atteintes de différentes affections gynécologiques.

Voici ce qu'il a observé :

La dyspepsie compliquée de constipation qui est si fréquente chez les femmes dont les organes génitaux sont malades, est favorablement influencée par l'ichtyol. La défécation, sous

l'influence de ce médicament, redevient normale et s'effectue tous les jours. En outre, l'appétit reparaît, les douleurs de ventre diminuent et disparaissent même totalement. La ménorrhagie chez bien des malades disparait également, et la menstruation devient régulière. Ajoutons enfin qu'on n'a observé aucun accident plus ou moins sérieux déterminé par l'administration interne de l'ichtyol. B. TAFT.

Action du chlorhydrate de phénocol dans la fièvre intermittente. (*Wratsch*, n° 39, 1896.) — LAWRINOWITSCH a eu recours à cette substance dans trois cas et s'en est très bien trouvé. Le chlorhydrate de phénocol présente des avantages particulièrement dans la clinique infantile, grâce à ce qu'il n'a pas de goût amer, et dans la grossesse où la quinine, d'après bon nombre d'auteurs, est contre-indiquée.

La dose habituelle est de 1 à 2 grammes pour les adultes, en vingt-quatre heures, à prendre en deux ou trois fois, à l'intervalle de deux à quatre heures, avant l'accès présumé. Quant aux enfants, on leur administrera de 10 à 30 centigrammes et même plus en ajoutant environ 10 centigrammes par année. La température baisse de 2 à 4° après l'administration de 1 gramme ou même de 50 centigrammes seulement. On n'observe aucun accident.

En ce qui concerne l'action du chlorhydrate de phénocol, l'auteur cite deux cas où il a fait disparaître les accès qui avaient résisté à la quinine. Dans son troisième cas le chlorhydrate de phénocol a été administré à la place de la quinine qui, à hautes doses, était mal supportée par le malade; là encore le médicament a donné d'excellents résultats. B. TAFT.

Le quina-naphtol nouvel anti-thermique et anti-septique par le Professeur RIEGLER (de Jassy,) (*Presa medicala, Romana* 10-22 décembre 1896). — L'auteur a obtenu en combinant l'acide de naphtol sulfurique avec la quinine une poudre jaune, cristalline, amère, dissoluble dans l'eau froide, légèrement soluble dans l'eau bouillante et l'alcool. D'après Riegler ce serait un bon antithermique et antiseptique qu'il a expérimenté avec succès dans une série de cas de fièvre typhoïde à l'hopital de Jassy.

A. CHASSEVANT.

De la valeur thérapeutique de l'extrait de rate. (*Wiestnik Medicini*, n° 20, 1896.) — DANILEWSKY rappelle d'abord les expériences faites dans son laboratoire, sur les animaux, par Zelensky, qui ont montré que l'introduction dans la cavité péritonéale de l'extrait frais ou bouilli de la rate détermine une augmentation notable des globules rouges et de l'hémoglobine. Ce résultat se manifeste vingt-quatre à quarante-cinq heures après le début de l'expérience et dure de dix à quinze jours, même dans les cas où l'on n'a fait qu'une seule injection. Ajoutons encore que le résultat est d'autant plus manifeste que le sang est plus pauvre en globules rouges et en hémoglobine.

En ce qui concerne l'application clinique de ces recherches de laboratoire, elle a été faite déjà par David. Danilewsky conseille de donner aux malades l'extrait chaud de la rate de veau auquel il y aurait peut-être avantage d'ajouter une certaine quantité de lécitine pure. Cette dernière substance est une des parties constituantes des globules rouges et peut par elle-même augmenter leur nombre; il ne faut pas oublier d'autre part que des expériences faites sur des petits chiens ont montré que la lécitine rend plus énergiques les fonctions cérébrales.

Dans les cas de diminution de la nutrition générale, compliquée de certaines anomalies de la composition du sang et d'affaiblissement du tonus des fonctions cérébrales, l'extrait de la rate mélangé avec de la lécitine doit donner, d'après l'auteur des résultats favorables. Dans d'autres cas où il s'agit d'un affaiblissement de la fonction cérébrale, là où l'on peut soupçonner l'existence d'une modification chimique des centres nerveux résultant par exemple d'une dépense trop forte et non recompensée des combinaisons azotées et phosphoriques, on pourra obtenir de bons résultats avec la lécitine seule.

B. TAFT.

FORMULAIRE

Poudre composée contre l'hyperchlorhydrie gastrique avec constipation.

Magnésie calcinée	àà 7 gr. 50 cent.
Poudre de rhubarbe	
Carbonate de soude desséché.	15 grammes.
Bicarbonate de soude.	15 —
Sucre pulvérisé	15 —
Essence de menthe poivrée .	Q. S.

Mêlez. — A prendre : une demi-cuillerée à une cuillerée à café de cette poudre, deux heures après chaque repas, dans de l'eau ordinaire ou de l'eau minérale bicarbonatée sodique. EINHORN.

Solution pour la dépilation.

Teinture d'iode	3	grammes.
Essence de térébenthine.	6	—
Huile de ricin	8	—
Alcool	48	—
Collodion.	100	—

On badigeonne les régions poilues avec cette solution trois, quatre jours de suite ; on enlève ensuite la croûte épaisse de collodion qui se forme. tous les poils sont restés à la surface adhérente de cette croûte.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Académie de médecine. — Dans ses trois dernières séances, l'Académie de médecine a élu parmi ses membres, au premier tour de scrutin et à une majorité considérable : MM. Guignard, Farabeuf et Delorme.

Société de biologie. — M. le professeur Bouchard a été élu président, pour cinq ans, de la Société de biologie.

Cours. — M. le Dr Doléris commencera ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie, dans son service, à la Pitié, le mardi 9 mars et les continuera les mardis et vendredis suivants, à 10 heures.

Nécrologie. — Le Dr Martin-Lauzer est décédé à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, auquel la *Revue de thérapeutique*, dont il fut un des rédacteurs en chef pendant près de trente ans, lui envoie un respectueux et suprême hommage. Ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique de Trousseau à l'Hôtel-Dieu, Martin-Lauzer publia, avec Trousseau, Gouraud et Lebaudy, le *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales*, dont il devint, en 1848, le seul directeur. Ce fut lui qui lui donna son nouveau nom de *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* ; le nombre des mémoires qu'il y publia fut considérable ; tous portaient sur des points de thérapeutique essentiellement pratique. Le 1er mars 1875, il cédait la direction à Hamon de Fresnay, et se consacrait exclusivement à sa clientèle thermale de Luxeuil. La *Revue* perd en lui, probablement, le doyen de ses lecteurs. — Le Dr Thiry, de Bruxelles ; le Dr Langier, d'Irissary ; le Dr Lecerf, de Valenciennes ; le Dr Isemberg, de Cette ; le Dr Rouxel, de Saint-Brieuc ; le Dr Puech, de Nîmes ; le Dr L. Gauthier, de Charenton ; le Dr Quesnay, de Quillebeuf ; le Dr Reybert, ancien député du Jura ; le Dr Duroziez, de Paris ; le Dr Morirette, de Crécy-sur-Seine ; le Dr Dumayne, médecin principal de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

PETITE CHRONIQUE

Les Anglais malades de la peste. — Il paraît que ceci n'est point une fable, et que la peste bubonique, dépeuplant à l'heure actuelle la péninsule indienne, menace de s'étendre jusqu'en Europe soit par la voie du canal de Suez, soit par celle, plus sournoise et plus sûre, du golfe Persique. Les hygiénistes s'agitent, M. Proust lit des rapports à l'Académie, et tout cela, il faut bien l'espérer, finira comme tout en France, par quelques décorations. Au fond, le fléau a souvent paru limiter ses ravages aux races de couleur : mais il ne faut pas jurer que l'immunité apparente des races européennes à cet égard ne s'est point altérée avec le temps, à notre époque de dégénérescence, d'alcoolisme, d'intoxications multiples et de neurasthénie. On l'a bien vu avec l'épidémie grippale de ces dernières années.

Certes, les hygiénistes ont fait de grandes et

belles choses. La diminution très appréciable du nombre des malades par affections contagieuses est assez facile à constater dans le corps médical, pour provoquer son admiration à défaut de sa reconnaissance. L'avenir, pour les médecins, sera-t-il de se voir transformés tous en fonctionnaires de la santé publique, à la solde de l'Etat, comme le prédisait gaiement ces jours-ci un de nos confrères belges ? J'en doute. Nous avons trop le goût de l'indépendance, en ce doux pays, pour nous prêter jamais aux mesures coercitives qui, sérieusement appliquées, débarrasseraient sûrement le genre humain à tout jamais de la variole, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, de la diphtérie... *matribus detestata*, de la vérole et peut-être de la blennorrhagie... Nos confrères n'ont donc pas à s'alarmer, et si la besogne diminue, elle ne saurait du moins disparaître. D'ailleurs, pour les grands fléaux internationaux, les Anglais sont là et tant qu'il y aura une Angleterre, les hygiénistes auront beau conférencier, banqueter, se couvrir de gloire et de croix exotiques, et faire tout ce qui concerne leur état, il y aura toujours de par le monde du choléra, de la peste, et de tout ce qu'un navire de commerce peut apporter d'éléments morbides avec lui.

C'est là, en effet, un des phénomènes les plus curieux de notre époque, je veux parler de l'hygiène publique telle que la comprennent les Anglais, thème aussi rebattu que possible, mais, hélas, aussi inépuisable et d'une actualité toujours renaissante. Il est certain que, pour un Anglais, l'arrivée d'une balle de coton sur son marché est un fait auprès duquel le dépeuplement de l'Europe par les pires fléaux ne présente pas la moindre importance. On a depuis longtemps remarqué qu'à toutes les conférences sanitaires internationales — de Venise, de Dresde, de Paris — l'Angleterre a refusé de participer et n'a jamais manqué de faire ses réserves quant aux conclusions votées. Il ne s'agit donc pas ici de fraudes individuelles comme il s'en voit partout. C'est l'esprit d'un peuple tout entier que cet effroyable égoïsme personnifie cyniquement. Leur prétention avouée est qu'aucune barrière, aucune ligne de défense commune ne soit sacrée pour le marchand de Londres ou de Liverpool. Périsse l'Europe, mais faisons nos affaires !

Il n'y a pas huit jours encore qu'un bateau anglais amenait à Paris, sans pudeur aucune, des ballots de tapis provenant des régions infestées par la peste, au mépris de toutes les ordonnances : le bateau fut heureusement arrêté en Seine, pendant la nuit, à Bougival.

Nous l'avons en dormant, madame, échappé belle.

Mais on n'a plus reparlé du fait, et cela se terminerait par des excuses de notre gouvernement, que je n'en serais pas autrement surpris.

Inutile de remarquer que lesdites marchandises avaient quitté Bombay sans remords et traversé le canal de Suez avec l'aisance d'une conscience pure, malgré la commission installée à Port-Saïd.

Mardi dernier, M. Proust avouait que l'Angleterre, invitée à réglementer le pèlerinage prochain de ses sujets indous à la Mecque, c'est-à-dire à empêcher la peste de s'installer aux portes mêmes de l'Europe, avait nettement refusé. Après tout, la peste est chez elle : il lui est bien indifférent qu'elle gagne ses voisins. Ah ! si elle existait au Tonkin ou ailleurs, dans quelque possession française, par exemple, vous pourriez compter sur une mise à l'index féroce de tout navire portant notre pavillon, d'où qu'il vînt. Les lois de l'humanité seraient invoquées pour préserver les territoires britanniques de toute entrée de marchandises françaises, pendant plusieurs mois, avec une énergie inébranlable et une douloureuse compassion, si, d'autre part, quelques maisons anglaises trouvaient quelques bénéfices dans cette suppression de concurrence, croyez bien qu'il n'y aurait là qu'une preuve de plus de cette vérité consolante, à savoir, qu'ici-bas même la vertu trouve parfois sa récompense.

Maintenant la punition commence à apparaître : les Anglais qui n'ont jamais rien fait pour l'hygiène en général, chez qui aucun laboratoire n'a jamais, comme en France ou en Allemagne, trouvé ou même cherché la prophylaxie scientifique d'aucune maladie contagieuse, chez qui la vaccine elle-même est le plus âprement discutée — malgré le nom de Jenner. — chez qui la perfection de l'agencement en ce qui concerne les lavabos, bains, lieux d'aisances, etc., est surtout, en réalité, une des formes de l'amour du confortable, égoïsme réfléchi et scientifique. allié au goût de propreté habituel aux peuples du Nord; les Anglais, pour qui les épidémies des voisins n'étaient que des fêtes commerciales qu'ils verraient sans déplaisir, comme leurs mineurs encouragent et défendent au besoin nos grèves ; les Anglais, dis-je, ont enfin la peste chez eux, et vous pouvez être sûrs que ce n'est ni à Plymouth ni à Londres qu'ils l'importeront, mais au Havre ou à Marseille. Or, il y a quelques jours seulement, le *Times* annonçait — ce qui a été démenti aussitôt d'ailleurs, mais la manœuvre est caractéristique — qu'un cas venait d'être observé à Marseille ! — Après celle-ci, comme dit l'autre, on peut tirer l'échelle, et, puisque ces messieurs vont jusqu'à s'en vanter, si nous ne fermons pas tous nos ports aux navires de provenance anglaise, directe ou indirecte, jusqu'à nouvel ordre, c'est que nous ne sommes que des jobards !...

Mais, nous l'avons si souvent été !...

R. Bl.

BIBLIOGRAPHIE

De l'influence des altérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né pendant les premiers jours qui suivent sa naissance. (Rémond MARTIN, Thèse de Paris, 1896.) — Les altérations placentaires examinées par l'auteur sont les suivantes :

Les incrustations calcaires,

Les lésions syphilitiques.

Les noyaux thrombosiques.

Le placenta marginé.

Les incrustations calcaires même très prononcées n'ont aucune influence fâcheuse sur le développement du fœtus.

La syphilis exerce une action toute particulière : elle mérite d'être considérée tout à fait à part dans ses rapports avec le présent et l'avenir du produit de conception ; aussi remettrons-nous son étude à une autre circonstance.

Nous nous tiendrons seulement ici à l'analyse des faits qui concernent les thromboses et les *bordures* ou *marges* du placenta.

1° *Lésions thrombosiques du placenta.* — Hémorragies placentaires, hématomes, apoplexies, dégénérescences fibro-graisseuses, thromboses, sont des termes synonymes désignant les mêmes états anatomo-pathologiques. Cruveilher, en 1828, parle de foyers apoplectiques dont le placenta est le siège. Jacquemier publie en 1839 un mémoire classique où il distingue trois variétés d'hémorragies placentaires : dans la première, le sang est *infiltré* dans un ou plusieurs lobes du placenta ; il est plus abondant sur quelques points où il forme de petits foyers remplis d'un fluide noirâtre qui prend, dans quelques cas, l'aspect d'une gelée peu consistante. La deuxième variété consiste en un épanchement de sang *collecté* dans une cavité *anfractueuse* d'où partent des prolongements dans toutes les directions. Quand ces caillots sont sur le bord du placenta, ils peuvent résulter d'uue rupture du sinus circulaire. La troisième variété de Jacquemier est la plus intéressante » elle constitue la véritable apoplexie placentaire. Elle donne naissance à des foyers très *nettement circonscrits*, uniques ou multiples, de forme et de dimensions variables.

Bustamente (1868) et Carpentier (1869) portent leur attention sur les altérations placentaires.

Moir et Simpson, en 1861, soupçonnent déjà le rôle pathogénique de l'albuminurie, Chantreuil y revient en 1879. En 1886, Fehling insiste sur les effets fâcheux des néphrites au point de vue de la marche de la grossesse et de la santé du produit. Pinard avec Rouhaud, en 1887, puis avec Cagny, en 1891, décrit le placenta albuminurique ou placenta truffé avec infarctus noirs ou blancs. Wiedow, en 1888, avait rapporté six observations d'hémorragies placentaires dues à l'albuminurie avec macération du fœtus dans trois cas, petitesse et faiblesse congénitale du nouveau-né à terme dans les trois autres cas.

L'école allemande, avec Steffeck, Klein, Rossier, Krukenberg, Schatz, etc., revient maintes fois sur les infarctus placentaires sans éclaircir beaucoup la question.

En mettant à part les accumulations de caillots noirs qui résultent d'un décollement plus ou moins étendu du placenta, et qui se creusent par tassement, des cavités à fond lisse sur la surface utérine du placenta on trouve *dans l'épaisseur* de cet organe deux sortes d'infarctus : les noirs et les blancs. Pour les premiers, pas de discussion, c'est le foyer apoplectique typique.

Les noyaux blancs sont extrêmement fréquents et, pour le dire immédiatement, ils sont dus à des causes multiples : les explications données par les auteurs sont toutes vraies, elles n'ont que le tort d'être exclusives dans l'esprit de ceux qui les ont reconnues. Brachet fait de ces noyaux blancs des produits inflammatoires et son idée est reprise par Ackermann, qui invoque la périartérite des vaisseaux fœtaux. Robin et Tarnier s'en tiennent aux données du microscope et adoptent la dénomination de dégénérescence fibro-graisseuse. Longhans admet que ces amas sont des masses fibrineuses vestiges d'hémorragies anciennes ; Pinard, Steffeck, Rossier, en recherchent l'origine dans les altérations de la caduque maternelle.

Quoi qu'il en soit, les noyaux blancs ou infarctus blancs sont des amas arrondis ou pyramidaux, de consistance assez dure, visibles et palpables sur la surface utérine du placenta ; leur coupe présente uue surface homogène en stratifiée. Au milieu de certains d'entre eux, on voit de petites hémorragies variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois.

Parmi ces noyaux blancs, les uns présentent seulement les altérations dégénératives avec oblitération des vaisseaux villeux, etc. ; les autres, au contraire, offrent des traces d'organisation (cellules plates, fibrilles, etc.) et des vaisseaux dont la fragilité explique les petites hémorragies signalées parfois au centre des infarctus blancs.

Que l'épithélium d'une villosité se mette à proliférer pour une raison quelconque, le sang vient battre les bourgeons ainsi formés, et y dépose de

la fibrine qui devient le point de départ d'un hématome.

Le noyau rouge en vieillissant deviendra blanc.

La friabilité des vaisseaux nouveaux qui sont créés par la grossesse, l'abondance du sang qu'ils contiennent sont des causes prédisposantes aux hémorragies. L'albuminurie, les infections diverses, le traumatisme profitent de cette faiblesse originelle et en abusent. En outre, les altérations si fréquentes de la caduque maternelle expliquent aussi l'atrophie de certaines villosités qui ne trouvent pas d'aliments suffisants dans le terrain stérile où elles sont implantées. On voit donc que les noyaux rouges ou blancs du placenta reconnaissent des causes multiples.

En ce qui concerne la vie et la santé du produit de conception, soit pendant la vie intra-utérine, soit après la naissance, tout dépend du nombre et de l'étendue des foyers thrombosiques. Depuis l'avortement jusqu'à la naissance la plus normale, on note toutes les éventualités possibles et tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes : mort et macération du fœtus, accouchement prématuré, accouchement à terme d'un enfant petit, qui est et restera chétif, etc.

Mais il ne faut pas exagérer la gravité des noyaux blancs. Sans doute, un placenta dégénéré dans le tiers ou la moitié de son étendue, devient un réservoir nutritif et respiratoire tout à fait insuffisant pour le fœtus, qui succombe alors, ou est expulsé prématurément. Mais combien sont nombreux les enfants nés à terme, bien développés, robustes et s'élevant facilement, dont le placenta présentait deux ou trois noyaux de dégénérescence fibro-graisseuse !

2° *Placenta marginé.* — Les considérations cliniques que nous venons de faire à propos des thromboses placentaires, s'appliquent au placenta marginé. Aussi nous bornerons-nous à dire ce qu'il est, et d'où il vient.

On rencontre parfois à la surface fœtale de certains placentas, parallèlement à leur bord, à une distance variable de la périphérie, une zone blanchâtre ou grisâtre, plus ou moins développée, ne formant tantôt qu'un arc de cercle, constituant d'autres fois une couronne complète en *dedans de laquelle vient s'insérer le chorion !* cette disposition particulière a fait donner à ces placentas les noms de placentas bordés ou placentas marginés.

La bordure forme donc un cercle complet ou non, elle est résistante au toucher, large d'un demi-centimètre à 2 ou 3 centimètres. La face fœtale est ainsi divisée en deux portions, l'une située en dedans du cercle blanchâtre et limité par lui, l'autre située en dehors, variable de largeur. Une autre particularité fort importante du placenta bordé, c'est l'épaississement considérable de son bord périphérique.

Pour Späth et Wedl, la zone blanc jaunâtre qui forme la bordure, serait constituée par de la fibrine provenant d'hémorragies anciennes. Busch et Ackermann pensent qu'il y a accolement de la caduque vraie et de la caduque réfléchie, qu'il en résulte une cavité circulaire plus ou moins complètement fermée dans laquelle se produisent les hémorragies laissant à leur suite des masses fibrineuses.

Schatz pense qu'il s'agit de l'insertion d'un œuf dans la cavité utérine par un étroit pédicule en dehors duquel, faute de place, se développeraient les vaisseaux placentaires.

Krukenberg rattache le placenta bordé à une hydrorrhée déciduale décollant le chorion sur le bord du placenta.

Pour Fabbri, l'anomalie proviendrait de ce que la vésicule allantoïde ne s'étend pas à toute la surface du chorion.

Schultze admet l'existence antérieure d'une endométrite « qui, épanouissant la caduque, mettrait un obstacle au développement excentrique des villosités choriales : celles-ci, gênées dans leur extension, passeraient au-dessous de l'anneau constitué par la caduque rendue plus rigide du fait de l'inflammation et viendraient déborder sur le pourtour du placenta fusant sous la caduque vraie qu'elles décollent et repoussent ; elles parviennent à l'adosser à la caduque réfléchie. Il en résulte alors sur le pourtour du placenta, et dans une étendue variable, la formation d'un sillon totalement fermé dans lequel pourront se faire des hémorragies ».

Pour Giglio, le placenta bordé tiendrait sa collerette ou bordure, d'un épaississement inflammatoire du chorion.

DEMELIN.

Le Propriétaire-Gérant : BLONDEL.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Bonnet, Coupard, Hogg, Martel, Mathieu, médecin-inspecteur des armées ; Parenteau ; Peyron, directeur de l'Assistance publique ; Poupon, Vinant et Violet (de Paris) ; Barbaux (de Quingey) ; Blesson (de Montreuil-sous-Bois) ; Coulaud (de Mouleydier) ; Empereur (de Bourg-Saint-Maurice) ; Guérin (de Rougemont) ; Guès (de Rochefort) ; Hugot (de Laon) ; Imbert (de Castellane) ; Mourgues (de Nîmes) ; Sicard (de Dastres) ; Stoeber (de Nancy) ; Van Merris, médecin principal de première classe ; Yot (de Versailles).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Auvergniot, Basset, Benoit, Bolognesi, Brochard, Bruchet, Cambours, Carlier, Chevalier, P. Cornet, Coudoin, Coulon, Coutrest, Dagron, Damain, Delahaye, Faure-Miller, Ferrier, Furet, Gourichon, Guyard, Hellot, Hischmann, Isaac, Jay, Josephson, Lancelin, Legueu, Lepicard, Liandier, Mme Magnus, MM. Mangin-Bocquet, Marque, Martinet, Mavrikos, Mercier, Millon, Moutier, Péchin, Philippeau, Rieffel, Roeser, Saintu, Soudée, Touvenaint, Willemin (de Paris) ; Ballivet (de Gex) ; Bertrand (de Roanne) ; Bessette (d'Angoulême) ; Beudot (de Moloy-sur-Ignon) ; Bonnefoy (de Sallanches) ; Bouché (d'Argenton-sur-Creuse) ; Bourreterre (de Dax) ; Boussac (d'Albi) ; Calmeilles (de Cazal) ; Cestan (de Gaillac) ; Charvol, médecin principal de deuxième classe ; Chastenet (de Puteaux) ; Chevallier (de Saint-Agnan) ; Comme, médecin en chef de la marine, à Brest ; Comoz (de Rumilly) ; Coronat (de Gap) ; Contemoine (de Morteau) ; Darroux (de Lagatde) ; Deltour (de Coulsore) ; Dermigny (de Saint-Simon) ; Dezautière (de Decize) ; Dupérié (d'Agen) ; Fournié médecin principal de deuxième classe ; Fournier (de Conques) ; Frelon (des Hermites) ; Gervais (de Saugues) ; Giquel (de Vannes) ; Gradelet (de Brignoles) ; Gratiot (de la Ferté-sous-Jouarre) ; Gros (de Lyon) ; Grosjean (de Montmirail) ; Hervey (de Troyes) ; Huguet, médecin-major de deuxième classe ; Imberdis (d'Ambert) ; Jardal (de Remiremont) ; Labat (de Manzac) ; Lacronique médecin-major de deuxième classe ; Lafforgue (de Tresme) ; de Lagorce (de Puteaux) ; Lagrange (de Fleurie) ; de Langenhagen (de Nancy) ; Lecène (du Havre) ; Lougnon (de Lignerolles) ; Maguin (de Château-Lavallière) ; Malteste (de Ruffec) ; Masgin (Vauconcourt) ; Menut (de Vernoil-le-Fourrier) ; Métoz (de l'Isle-sur-le-Doubs) ; Mossel (de Trie) ; Ogier (de la Verpillère) ; Pech (de Verrières-le-Buisson) ; Petit, médecin-major ; Piarza (de Chiavari) ; Poueydebat (d'Aramits) ; Poulin (d'Hautot) ; Rancruel (d'Uzès) ; Raynaud (des Essarts) ; Reyneud (d'Aigues-Mortes) ; Rivière (de Lanta) ; Senebier (de Mens) ; Signoret (de Saint-Paul) ; Soueix (de Sant-Girons) ; Vaquier (de Villers) ; Verneuil (de Saint-Amand) ; Voillot (de Gray) ; Wimy (de Pierrepont).

Mlle Puéjac, ex-sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier.

M. Houzeau, libraire-éditeur de la Faculté de Médecine de Paris.

En outre des médailles d'honneur et des mentions honorables, ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies :

Médaille de vermeil. — M. le Dr Saurez, à Batna, Algérie (typhus 1896.)

Médaille d'argent. — MM. Dr Toussaint (épidémies diverses 1894) ; Gennetas, interne en médecine à l'hôpital civil de Constantine (typhus 1895) ; Simon, externe à l'hôpital des Enfants malades (diphtérie 1896).

Médaille de bronze. — MM. les Drs Geghre, à Mascara (variole 1895) ; Schwartz, à Affreville (diphtérie 1893-1894) ; Grimaud, interne à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (diphtérie, 1896).

Mentions honorables. — M. le Dr Tanzin, médecin de colonisation à Tacher, Algérie (choléra, 1893.)

Une médaille d'or est décernée à M. le Dr A.-J. Martin pour le zèle et le dévouement dont il a fait preuve dans l'exercice de ses fonctions d'inspecteur général du service d'assainissement et de salubrité de l'habitation de la ville de Paris.

La peste aux Indes. — Les statistiques officielles de la peste bubonique, qui restent fort au-dessous de la vérité, accusent pour la ville de Bombay une mortalité de 125 pour la journée de mercredi dernier, de 200 dans la journée de jeudi, de 1,628 pour la semaine écoulée, et de 2,356 sur les 3,394 cas constatés depuis le commencement de l'épidémie.

Le 17, le nombre de cas est de 3,636 et celui des morts de 1,952. La statistique officielle mise à jour le matin du 18 porte 3,759 cas et 2,708 décès.

Elle s'est propagée de Bombay à Poona et même dans des districts où l'on avait coutume de se rendre pour les soins de la santé, tel Bandra.

On annonce l'arrivée à Bombay du médecin général Cleghoru, commissaire sanitaire du gouverne-

ment des Indes, qui vient étudier la peste bubonique, et l'on ajoute à ce propos que le célèbre bactériologiste Haffkine recommande à l'administration vice-royale d'isoler complètement la ville et, au besoin, la présidence par le moyen d'un cordon sanitaire de troupes et d'agents de police ; il est d'avis qu'aucun indigène ne devrait être autorisé à quitter Bombay sans avoir été placé en observation médicale pendant un temps spécifié, et cela sous peine de voir l'épidémie se propager à travers la péninsule hindoue tout entière.

De toutes parts, les précautions les plus sévères sont prises en Europe pour enrayer la marche de l'épidémie de peste qui désole les Indes. Une conférence internationale va se réunir prochainement à Venise ; l'Angleterre n'a pas encore envoyé son adhésion.

En attendant, la France a bloqué ses ports à tous les produits venant de Bombay. Les journaux anglais ont fait courir le bruit qu'un cas de peste s'était produit à Toulon ; la nouvelle est démentie officiellement.

Les journaux russes sont unanimes à réclamer d'énergiques mesures sanitaires de la part de tous les Etats européens, et surtout les Etats maritimes.

Le conseil supérieur de santé autrichien a donné son assentiment aux propositions concernant la peste indienne et tendant à interdire l'introduction, sur le territoire austro-hongrois, des vieux effets, linge de corps, chiffons et déchets de provenance asiatique, la Russie d'Asie exceptée.

Ces propositions visent également l'organisation, dans les provinces occupées, de pèlerinages à la Mecque ; les autorités sont invitées à s'y opposer autant que possible, et, au besoin, à les surveiller administrativement.

Diminution du nombre des étudiants en médecine inscrits en 1896 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France. — Au début de l'année scolaire 1895-1896 les nouvelles dispositions relatives au régime d'étude ont été mises à exécution, et au 15 janvier dernier le chiffre des étudiants inscrits, qui chaque année avait été, à la même date, supérieur à celui de l'année précédente, a diminué de 511. Déjà en 1895, le total des étudiants inscrits n'avait que faiblement augmenté, à cause de la suppression de l'officiat de santé ; mais c'est seulement pendant la dernière année scolaire qu'est survenue la diminution que nous signalons. Il est vrai qu'en 1894 la différence en plus avec l'année précédente avait été considérable parce que, d'après la loi du 30 novembre 1892 applicable un an après sa promulgation, le dernier délai pour l'inscription à l'officiat de santé expirait le 30 novembre 1893. Voici les relevés officiels des étudiants inscrits au 15 janvier de chaque année dans les Facultés et Ecoles de médecine de 1891 à 1896 :

Années.	Inscrits.	Différence avec l'année précédente.
1891.	6 212	
1892.	7 069	+ 857
1893.	7 589	+ 520
1894.	8 897	+ 1 308
1895.	8 896	+ 99
1896.	8 485	— 511

Ainsi donc il y a eu, de 1891 à 1895, une période d'augmentation pendant laquelle le nombre des étudiants en médecine s'est accru de 2 784. Il est probable que la période de diminution, qui a commencé en 1896, durera quelque temps, par suite des exigences du nouveau régime d'études et des nouvelles dispositions concernant les étudiants étrangers.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hyperchlorhydrie et hypersthénie gastrique.

Par le Dr M. Soupault.
Ancien interne des hôpitaux
Secrétaire de la Société de thérapeutique

Dans la récente discussion qui a eu lieu sur l'hyperchlorhydrie et son traitement M. Mathieu a montré que l'excès de la sécrétion gastrique ne se manifeste pas toujours par un ensemble symptomatique identique à lui-même, mais, au contraire, revêt des allures variables, se montrant sous forme de types cliniques aujourd'hui assez bien connus.

La classification de ces états hyperchlorhydriques, telle que l'a proposée M. Mathieu, me paraît de tous points excellente. Mais, s'il est utile d'établir ainsi des catégories au point de vue clinique, il importe d'ajouter que, en mettant à part les hyperchlorhydries latentes dont je vais reparler dans un instant, ces formes dyspeptiques n'ont pas d'individualité propre ; qu'elles sont des stades différents d'un même processus morbide et sont reliées entre elles par des transitions insensibles. Il importe de savoir, par exemple, que tel individu qui, aujourd'hui, n'a que des malaises digestifs intermittents survenant à la suite d'un excès, d'une émotion, d'une fatigue, pourra, demain, avoir une hyperchlorhydrie à paroxysmes continus et, par suite, de l'hypersécrétion continue. En résumé, il y a des hyperchlorhydriques, mais il est nécessaire d'affirmer l'unité de la dyspepsie hyperchlorhydrique.

Ce n'est pas ici le lieu d'entamer une discussion sur la nature de la dyspepsie hyperchlorhydrique. Je pense, pour ma part, que l'affection qu'on désigne sous ce nom n'est au début qu'un simple trouble fonctionnel, qui engendre ultérieurement des lésions organiques : gastrite, ulcère de l'estomac, dilatation avec ou sans stase. Ce sont là de véritables complications qui modifient l'aspect primitif de la maladie et qui aggravent beaucoup son pronostic. Je ne veux pas m'en occuper ici. C'est de l'hyperchlorhydrie envisagée comme trouble fonctionnel que je veux seulement parler. Or c'est à ce trouble fonctionnel que j'ai proposé un des premiers, sinon le premier, dans ma thèse parue en février 1893, de donner le nom de *dyspepsie hypersthénique* parce que je crois qu'il est l'expression de l'activité exagérée de toutes les fonctions de l'estomac. Comme M. Le Gendre a assez vivement critiqué ce terme, je crois utile de vous indiquer les raisons qui me l'ont fait adopter, et qui aujourd'hui encore m'engagent à le conserver.

Je n'insiste pas sur l'hypersthénie sécrétoire démontrée par l'analyse du suc gastrique. J'ai peu aussi à dire de l'hypersthénie sensitive dont M. Le Gendre a admirablement fait ressortir l'importance. Je veux surtout m'attacher à démontrer la réalité de l'hypersthénie motrice, ou, en d'autres termes, de la contracture ou spasme de l'estomac.

Pour bien faire comprendre ici ma pensée, je crois nécessaire de rappeler d'abord que la musculature de l'estomac est composée de deux appareils musculaires dont les fonctions sont distinctes, et pour ainsi dire antagonistes : les muscles de la paroi

et l'anneau pylorique. La physiologie nous apprend que les muscles de la paroi brassent les aliments, puis, au bout d'un certain temps, se rétractent sur eux pour les chasser dans l'intestin. A ce moment, le pylore s'ouvre, et le passage des aliments se fait sans efforts, presque par regorgement. Dans l'hyperchlorhydrie, l'harmonie est rompue. Sous une influence que nous ignorons encore, le pylore se contracture et oppose une vive résistance à l'évacuation du chyme. Pour lutter contre cet obstacle, la tunique musculaire des parois est obligée d'augmenter son effort, d'où résulte l'ensemble des troubles de la dyspepsie hypersthénique.

On peut admettre, *a priori*, presque sans démonstration, que les régurgitations alimentaires, les éructations gazeuses, le pyrosis et même les vomissements sont dus à la révolte de la tunique musculaire de l'estomac. Mais il me semble utile de démontrer d'une façon plus rigoureuse que la douleur, cette douleur si spéciale décrite par Cruveilhier dans l'ulcère rond, mais qu'en réalité on sait aujourd'hui être le propre de l'hyperchlorhydrie, — que cette douleur, dis-je, est due aussi à la contracture des muscles gastriques.

On peut faire observer, en premier lieu, que cette douleur ne se montre jamais à jeun mais seulement après les repas, à une heure tardive, précisément au moment où, d'après les physiologistes, commence l'évacuation des aliments dans l'intestin.

Quelques auteurs, notamment M. Alb. Robin, si mes souvenirs sont exacts, disent qu'ils ont pu, pendant les crises douloureuses, sentir au creux épisgastrique l'estomac contracturé.

Un argument qui, pour moi, a une grande force, est qu'on observe la même douleur tardive, avec les mêmes caractères, dans les rétrécissements organiques du pylore, consécutif soit à un ulcère cicatrisé, soit à un cancer, soit à une lésion péropylorique, à telle enseigne que le diagnostic de ces états morbides avec l'hyperchlorhydrie est souvent d'une grande difficulté.

Enfin, dans les cas rebelles au traitement médical, et où les douleurs d'estomac étaient intolérables, quelques chirurgiens se sont cru autorisés à pratiquer la gastro-entérostomie et ont vu disparaître tous les troubles fonctionnels, tout comme s'il s'était agi d'une obstruction mécanique du pylore.

M. Mathieu et M. Le Gendre, pour repousser le terme d'hypersthénie gastrique, ont rappelé que, chez nombre d'hyperchlorhydriques, on pouvait noter une dilatation plus ou moins grave de l'estomac. Rien de plus facile à expliquer, si on admet la contracture du pylore comme cause des accidents. La tunique musculaire de l'estomac se laisse distendre derrière l'obstacle pylorique, tout comme le ventricule droit du cœur se laisse dilater lorsqu'il existe un obstacle au cours du sang dans le système artériel.

Une dernière remarque : on sait que l'hyperchlorhydrie s'accompagne d'un retard de l'évacuation alimentaire, d'un séjour prolongé des aliments dans l'estomac. Or, il est intéressant de constater que dans l'hypochlorhydrie qui s'oppose tout naturellement à l'hyperchlorhydrie, M. le Pr Hayem a bien montré qu'il existait une évacuation hâtive de l'estomac, que les aliments séjournaient un temps plus court que normalement dans le ventricule. Il est probable que dans les cas d'hypochlorhydrie, il y a en même temps hyposthénie musculaire, que le pylore se contracte d'une façon insuffisante, et laisse passer trop facilement les aliments dans l'intestin.

Voilà un ensemble de faits qui montrent bien la part importante que joue l'appareil musculaire de l'estomac dans la symptomatologie de la dyspepsie hyperchlorhydrique. Il me reste à montrer que ces troubles ne semblent pas essentiellement liés à l'excès de la sécrétion, qu'ils n'en sont pas la conséquence nécessaire. On peut invoquer en faveur

de cette opinion deux ordres de faits : l'existence d'hyperchlorhydries latentes, les résultats de la médication alcaline.

Les hyperchlorhydries latentes constituent, dans la pathologie gastrique un groupe important, nullement négligeable. Elles se montrent tantôt chez des individus jouissant de toutes les apparences de la santé, tantôt chez des sujets atteints d'une maladie générale, ou d'une affection localisée. Ces hyperchlorhydries latentes sont quelquefois sans conséquence, comme dans les cas cités par M. Mathieu; mais parfois elles engendrent l'ulcère rond et aboutissent à une hématémèse foudroyante ou à la perforation de l'estomac. Quoi qu'il en soit, dans ces cas le trouble de la sécrétion ne s'accompagne pas de troubles de la motilité.

Examinons maintenant les effets de la médication alcaline. L'expérience de chaque jour montre quels bons effets on obtient de l'administration des alcalins dans le traitement des gastropathies. Pour expliquer l'action de ces médicaments, il semble tout naturel de dire qu'ils agissent en neutralisant les acides gastriques, cause prétendue de tous les accidents. Or cette explication si simple est manifestement insuffisante. Tout d'abord on peut observer que certains malades soulagés admirablement par le bicarbonate de soude ont un chimisme gastrique normal ou inférieur à la normale. Mon maître, M. Debove, dans son enseignement clinique, insiste depuis longtemps sur ces faits. J'en ai observé moi-même un certain nombre de cas. Tout dernièrement encore, chez une apeptique dont le suc gastrique, extrait une heure après le repas d'épreuve d'Ewald, était absolument neutre au tournesol, le bicarbonate de soude, administré au moment des douleurs, procurait un soulagement complet. M. Linossier a aussi rapporté des faits semblables. D'autre part j'ai eu l'occasion d'examiner des malades atteints d'hyperchlorhydrie, traités et guéris par l'administration du bicarbonate de soude. Une analyse du suc gastrique faite une ou deux semaines après la complète guérison des troubles fonctionnels, m'a montré que la composition du suc gastrique était sensiblement la même qu'au moment de la période dyspepsique. Enfin il existe un certain nombre d'hyperchlorhydrique chez lesquels le bicarbonate de soude ne procure aucun soulagement ou une amélioration peu appréciable, et qui, au contraire, sont admirablement soulagés par le sous-nitrate de bismuth à haute dose, sel absolument insoluble et qui laisse intacte l'acidité gastrique.

Je ne chercherai pas à fournir ici l'explication de ces faits. Tout l'enseignement que je veux en tirer, c'est qu'on ne peut conclure des effets de la médication alcaline pour affirmer le rôle prépondérant de l'excès de sécrétion dans le tableau de la dyspepsie hyperchlorhydrique.

Voilà, je crois, les raisons multiples qui justifient, à mon avis, l'emploi du terme d'hypersthénie gastrique et m'engagent à le préférer à celui d'hyperchlorhydrie qui semble, dans la genèse des symptômes propres à cette affection, attribuer à l'excès de sécrétion un rôle prépondérant qu'il n'a pas en réalité.

Avant de passer aux conclusions thérapeutiques qui découlent de cette conception de l'hyperchlorhydrie, il est nécessaire d'ajouter que l'hypersthénie gastrique se montre presque constamment chez des individus à système nerveux excitable et excité, contrairement à l'hyposthénie qui se montre chez des nerveux déprimés.

Il me semble qu'on peut trouver dans ces données pathogéniques un enseignement profitable à la thérapeutique. En premier lieu il faut éviter d'exciter l'estomac; en deuxième lieu on peut essayer de le calmer. Pour répondre à la première indication, il n'est pas de moyen plus efficace que d'assurer le repos de l'organe. Dans les formes graves très douloureuses, paroxystiques, le meilleur traitement est la diète absolue.

Pendant un temps variable, de quelques jours à une ou deux semaines, les malades sont mis au lit. On leur interdit absolument toute nourriture. Ils sont nourris par des lavements alimentaires. Au bout de cinq ou six jours on peut essayer de donner quelques aliments liquides, du lait, du bouillon, par petite quantité. Si les premiers aliments sont bien tolérés, on en augmente la quantité graduellement, lentement. L'alimentation solide n'est reprise que du jour où les aliments liquides sont pris sans provoquer aucune douleur.

Si la maladie est moins sévère, le régime lacté absolu est suffisant pour obtenir une amélioration sérieuse.

Dans les cas ordinaires, de moyenne intensité, il faut proscrire tous les aliments grossiers et irritants, et recommander l'usage d'aliments très finement divisés, qui évitent à l'estomac ce travail de brassage et de liquéfaction qui, je crois, constitue son rôle principal dans la digestion. On ordonnera donc les poudres de viande, les gelées alimentaires, les viandes pulpées et hâchées, les purées de légumes, les compotes, les crèmes. Si le malade prend des aliments solides, la mastication devra toujours en être très prolongée et très complète.

Les repas seront peu nombreux, et espacés suffisamment, afin de renouveler le moins possible la congestion physiologique de la muqueuse.

Une pratique souvent utile, est d'ordonner aux malades une heure de repos et même une heure de sommeil, si c'est possible, après leur repas.

Enfin il faudra recommander aux malades d'éviter toute fatigue physique ou morale. Les périodes de congé, de vacances, les villégiatures, les saisons d'eaux sont régulièrement suivies d'une sédation marquée des accidents. Malheureusement il n'est pas toujours possible aux malades de quitter leurs occupations.

Après toutes ces prescriptions ayant trait surtout au régime, on peut essayer de calmer la surexcitation de l'estomac de différentes façons. La révulsion au creux épigastrique est un moyen trop négligé. Les compresses chaudes ou froides, les sinapismes et les cataplasmes sinapisés sont à recommander. J'ai obtenu, dans plusieurs cas, de bons résultats de pulvérisations étendues et superficielles de chlorure de méthyle sur le creux de l'estomac.

Quelques auteurs conseillent l'électrisation et le massage. Je les crois, pour ma part, contre-indiqués. Quant aux lavages d'estomac ils ne doivent être pratiqués qu'à la période de stase. Ils sont inutiles et même funestes dans les premières phases de la maladie.

Comme médicaments internes il est indispensable de prescrire les alcalins. Le soulagement qu'en éprouvent la plupart des malades est manifeste. Mais il faut savoir que c'est là un traitement purement palliatif et qu'on ne peut compter obtenir la guérison des malades par cet unique moyen. Quant à la dose à administrer c'est affaire de tâtonnement. Quelques hyperchlorhydriques sont soulagés avec des doses faibles; d'autres doivent prendre de très fortes doses ; la proportion d'alcalins à prescrire n'est pas directement en rapport avec l'acidité du suc gastrique. En tout cas les alcalins devront être pris au moment où s'annoncent les premières douleurs. Ils devront être renouvelés si, après une première phase d'acalmie, les douleurs se montraient de nouveau.

Chez quelques névropathes, on peut être obligé de recourir à la morphine, à la cocaïne, à la belladone, ou encore à l'eau chloroformée ou mentholée; mais il faut avouer que dans la plupart des cas, ces subtances ont une action douteuse.

Comme traitement général, l'hydrothérapie tiède sous forme de douches tièdes en pluie, ou de bains chauds prolongés est à recommander. Enfin chez les individus très excitables, les bromures, donnés de préférence en lavements, réussissent à calmer l'irritabilité du système nerveux.

Notes sur le traitement médical de la Peste bubonique,

Par le Dr JAMES CANTLIE, F. R. C. S.

Agrégé et maître de conférences à Charing-Cross Hospital, ex-médecin à Hong-Kong (1).

Au premier abord, la question du traitement de la peste peut paraître un peu oiseuse et sa discussion, en tout cas, bien inutile, car nous avons maintes fois eu la preuve que contre la peste il n'existe pas de spécifique véritable.

Il faut cependant admettre que, à défaut de spécifiques contre plusieurs et même contre la plupart des maladies existantes, on peut, avec de la patience et des soins intelligents, arriver à traiter avec succès des états pathogéniques graves comme la fièvre typhoïde, le choléra et toute la famille des maladies zymotiques.

Il nous tarde de découvrir le remède qui donnera la certitude de la guérison, mais en attendant qu'il soit trouvé, il faut faire ce qu'on peut, et ne pas rester inactifs à attendre que la formule précise du virus atténué, le spécifique longtemps cherché soit enfin découvert.

Il n'y a pas de maladie où les bons résultats d'un traitement médical promptement appliqué soient plus évidents que dans la peste. Ils sont encore plus sûrs quand, à ce traitement, viennent s'ajouter les soins de gardes-malades intelligents, surtout chez les malades européens.

Les indigènes, soit de la Chine, soit des Indes, succombent bien plus facilement à la peste que les races blanches. Ceci tient à plusieurs raisons :

1° L'indigène cherche rarement les soins médicaux (et surtout de la part d'un médeci européen) avant que la maladie ne soit assez avancée.

2° Au point de vue de la résistance physique la moyenne des indigènes est bien au-dessous de celle des Européens du Nord.

3° La répugnance héréditaire de l'indigène pour toute forme de médication stimulante, soit alcoolique, soit autre, pendant la durée de la maladie.

4° L'indigène regarde comme un article de foi ce fait que le traitement de la fièvre doit impliquer la suppression de toute alimentation.

La statistique de la mortalité pendant l'épidémie, à Hong-Kong, de 1894, donne les résultats suivants :

Anglais	18,2 0/0
Chinois	95 0/0

(1) Nous croyons répondre au souci de l'actualité et au désir de nos lecteurs en publiant t ctuellement ce travail, paru dans le *British medical Journal* du 30 janvier et dû à un agrégé du C llège des médecins de Londres, ayant longtemps exercé en Chine. On remarquera qu'il n'y est fa t aucune mention du sérum de Yersin dont le succès, en Chine même, a été véritablement merv illeux (92 0/0 de guérison), soit que l'auteur l'ignore, soit pour toute autre raison. Cependant la s rothérapie, même la plus heureuse, ne saurait avoir la prétention de faire table rase de toute l'expérience du passé, et nous avons pensé que ces notes auraient plus qu'un intérêt historique. (N.D.L.R).

La différence si grande existant entre ces chiffres ne dépend donc pas seulement de la question de race : il faut aussi se rappeler que les Anglais, dès le début de leur maladie, recouraient immédiatement à des soins appropriés et qu'ils avaient en outre l'avantage de bien supporter les stimulants alcooliques et médicamenteux qui leur étaient administrés, de là le grand nombre de guérisons. Les Asiatiques même, soumis à un traitement européen (surtout ceux qui ont été soignés par les médecins japonais) ont montré une résistance bien supérieure à ceux qui ont suivi la tradition de leur pays natal.

Il faut, pendant la durée d'une épidémie de peste, que le médecin soit toujours prêt au premier appel et qu'il se rende auprès de son malade sans aucun retard. Le traitement a surtout besoin d'être prompt et décidé. Pendant les premiers cinq jours de la maladie, il faudrait que le médecin fût toujours sous la main de son malade, à peu de minutes près.

Un médecin doit être attaché à chaque salle d'hôpital. Dans le cas de malades dont la vie est de haute importance, le médecin ne doit pas même s'éloigner de la maison. Les changements, pendant la durée de la peste, sont tellement rapides et foudroyants qu'il suffit parfois d'un retard de quelques minutes seulement pour déterminer une crise mortelle.

Soins à donner. — Pendant les premiers cinq jours de la maladie une garde doit être attachée à chaque malade, à deux au plus. Elle ne doit jamais les quitter, de jour ni de nuit, éveillés ou endormis, pas même pour un instant et sous aucun prétexte, sans se faire remplacer auprès d'eux. La garde doit être relevée au moins toutes les huit heures : si on le peut, le mieux est de la changer toutes les quatre heures.

Un service aussi nombreux de gardes-malades semble peut-être exagéré, mais il faut se souvenir qu'il s'agit ici de lutter avec la maladie la plus meurtrière qui soit connue.

Evidemment, on nous répondra que la peste n'apparaît qu'à l'état d'épidémie et que dans ces circonstances le nombre des gardes est forcément limité. Mais tout en faisant valoir ces considérations, il ne faut pas sacrifier le nécessaire à l'expédient.

En somme, sans un personnel nombreux de médecins et d'infirmières, la lutte contre les ravages de la peste est perdue d'avance.

On a assez insisté sur le début brusque, le développement rapide et la terminaison mortelle de la peste pour que l'importance d'un traitement prompt, institué dès l'apparition des premiers symptômes, soit amplement démontrée. Les signes et les symptômes changent avec une rapidité effrayante, et se succèdent d'une façon tellement variable qu'il est presque impossible de tracer à l'avance une ligne de conduite absolue. Le délire, l'oppression cardiaque, les vomissements, la disparition du pouls se présentent à tour de rôle, alternant avec le collapsus total, le tout sans ordre ni signe prémonitoire d'aucune sorte, si bien que le malade peut être emporté en quelques instants avant que tout secours soit arrivé.

La règle tant méprisée : « Traitons les symptômes dans l'ordre dans lequel ils se présentent, » me semble la seule applicable dans ces conditions et si l'on y ajoute : « Traitons-les avec promptitude, » tout aura été dit.

Le bacille de la peste agissant sur le sang par ses toxines donne lieu à des troubles fonctionnels, peut-être généraux, mais impliquant plus particulièrement le système nerveux, central et périphérique. Les toxines sont d'une virulence extrême. A part les inflammations ganglionaires, on n'a trouvé dans les organes essentiels que des altérations sans importance. Les troubles cardiaques, si fréquemment rencontrés chez les malades, sont évidemment fonctionnels et résultant d'un trouble de l'innervation du cœur. Ce fait a son importance pour le choix des médicaments.

Je ne touche pas ici aux questions d'isolement, d'hôpitaux provisoires et de quarantaine. Mes observations sont bornées au traitement général et à la thérapeutique particulière de la peste.

Traitement général

Les points essentiels sont :

L'aération libre des salles et une température peu élevé ne dépassant pas 60° à 70 Farenheit. S'il est possible, une provision ample d'eau chaude et froide, de la glace, un personnel suffisant, et, il va sans dire, tout le matériel et les accessoires d'un hôpital moderne. Les morts sont si fréquentes et si rapides que, dans un grand hôpital, il faut avoir des hommes dont l'unique fonction consistera à enlever les corps et à accomplir la désinfection et l'ensevelissement. Rien ne doit sortir de la salle à moins que ce ne soit pour aller à la désinfection. La vaisselle et les verres seront rincés avec de l'eau bouillante. Les déjections seront recouvertes de chaux vive, les lits et la literie seront ou détruits ou mis à l'étuve. La propreté scrupuleuse des parquets et des lits sera assurée par des lavages fréquents avec une solution désinfectante. Un drap tenu constamment mouillé avec une solution phéniquée sera suspendu devant chaque porte.

Le malade ne doit jamais sortir de son lit : il se servira du bassin et de l'urinal. Il arrive souvent que le malade, en essayant de se lever, retombe brusquement mort ; il faut donc leur défendre absolument de quitter leur lit.

Thérapeutique spéciale

Dès la première inspection du malade, sa langue sale, son haleine fétide, la teinte ictérique de la conjonctive et l'aspect bilieux général indiquent la nécessité d'une purgation. Pour répondre à ce but, des doses de calomel (25 à 50 centigrammes), suivies cinq heures après d'une purgation saline, sont préconisées. On peut objecter que l'action déprimante du calomel et la perte consécutive des forces sont des contre-indications, mais les bons effets de cette médication, quand elle est administrée dès le début de la maladie, quand le pouls est encore bon, ont souvent été constatés. Les vomissements s'arrêtent, le teint ictérique s'éclaircit, l'appétit augmente, le délire et les troubles cardiaques diminuent. Si la dilatation de la vésicule biliaire justifie l'administration du calomel, la preuve de cette nécessité devient évidente quand on fait l'autopsie des pestiférés. Jusqu'à présent, il semble acquis que le bacille de la peste s'échappe du corps presque exclusivement par la voie intestinale. Dans l'haleine, les sueurs et l'urine, les bacilles sont rares : dans les selles au contraire, ils sont nombreux. La nécessité de la désinfection des bassins, des tables de nuit et des cabinets d'aisances n'en devient que plus apparente ; en même temps, l'indication s'impose d'aider la nature par tous les moyens possibles dans l'expulsion des matières toxiques par la voie intestinale.

Toniques. — Dès le début de la peste ou, au plus tard, de vingt-quatre à quarante-huit heures après, le malade aura besoin de toniques, soit nutritifs, soit alcooliques, soit médicamenteux.

Alimentation. — Quand le délire fait défaut, l'alimentation des pestiférés n'est pas chose difficile. L'appétit se maintient jusqu'à un certain point. Il faut encourager le malade à manger par petites quantités à la fois. La mort brusque de plusieurs malades chinois, à la suite de l'ingestion d'un grand plat de riz accommodé, semble indiquer qu'un repas substantiel n'est pas sans danger. Le cœur est tellement atteint qu'il faut peu de chose pour déséquilibrer son action, et la pression consécutive à la replétion stomacale suffit pour déterminer l'arythmie.

Les aliments doivent être facilement digestibles ; les essences de viande liquides ou en gelée, des potages variés, des consommés de bœuf et de poulet devraient être tenus toujours en réserve et l'alimentation changée selon l'appétit du malade. L'eau conjée, c'est-à-dire de l'eau dans laquelle le riz a été cuit, est très nourrissante tout en étant une boisson agréable. Du lait avec de la glace et de la crème glacée sont très goûtés des malades.

Boissons. — La soif est souvent intense ; on ne refusera pas aux malades de boire modérément.

Des morceaux de glace à sucer de temps en temps, de l'eau ou de l'eau avec du jus de citron en petite quantité, pour éviter la dilatation stomacale, seront permis, ainsi que la bière et le porter frappés qui, selon Lowson, sont « des boissons nutritives, stimulantes, soporifiques et qui apaisent la soif ». On donnera aussi à boire du cognac ou du whisky avec de l'eau simple (à raison de quatre parties d'eau pour une d'alcool). Les eaux gazeuses sont contre-indiquées. En présence de la faiblesse du pouls, de la syncope, ou du collapsus, on redoublera les doses d'alcool. Comme stimulant cardiaque, le cognac est préférable au whisky.

Délire. — Le délire aigu sera combattu par des applications froides sur la tête (compresses, sac de glace). Ces applications combinées avec le lavage fréquent du corps avec une éponge trempée dans l'eau tiède, calment le malade, font baisser la température et sont les moyens les plus sûrs à notre portée pour combattre le délire.

Diarrhée. — Les selles liquides ne doivent pas donner d'inquiétudes, à moins qu'elles ne se succèdent pendant plus de douze heures et qu'elles ne soient accompagnées de symptômes d'épuisement. Il est rare que la diarrhée soit incoercible. Presque toujours elle cède à du salol employé à la dose de 50 centigrammes, à un lavement à l'opium et à l'amidon, ou mieux encore à un suppositoire composé de :

Morphine.....	1 centigramme.
Cocaïne	2 —

Le suppositoire est particulièrement efficace contre les envies persistantes. (Lowson.)

Vomissements. — Les vomissements précèdent souvent l'apparition de la peste et l'accompagnent pendant toute sa durée. Le pronostic, en présence de vomissements persistants, est peu favorable, à cause de la perte rapide des forces qui suit le rejet de toute alimentation et des médicaments. Un sinapisme à l'épigastre, de la glace à sucer, et des boissons gazeuses, avec quelques gouttes d'acide cyanhydrique dilué et de morphine suffisent dans la plupart des cas à arrêter ce symptôme fâcheux. (Lowson.)

Fièvre. — On peut mettre sur le compte de la fièvre : le délire, l'agitation, les maux de tête et le collapsus consécutif. L'hypergrexie est tout à fait exceptionnelle. L'action excessivement déprimante de l'antipyrine et de la phénacétine les font contre-indiquer dans la peste. Ce n'est qu'en dernier ressort qu'on donnera une injection hypodermique d'antipyrine et jamais on ne répétera la dose. Pour combattre la fièvre, les affusions tièdes, la glace sur la tête et à la nuque, les boissons glacées, l'enveloppement du corps dans un drap mouillé recouvert par des couvertures chaudes pendant quelques minutes, l'administration du cognac par les voies buccale et rectale sont très utiles quand ils sont pratiqués à temps.

Stimulants. — *A l'extérieur :* des sinapismes volants sur les membres, au ventre et sur le cœur ont leur utilité. Les sels anglais et l'ammoniaque respirés par les malades réveillent seuvent le pouls, en maintes occasions ont rappelé des malades en collapsus et en train de mourir. Cette action stimulante n'est pas que passagère; dans bon nombre de cas où la mort semblait imminente, des pestiférés ont été rappelés à la vie par ce moyen.

Les injections hypodermiques d'éther ont une action stimulante puissante. On peut y avoir recours sans crainte. Le collapsus de la peste ne se produit pas par suite de l'épuisement des organes essentiels : il a lieu de bonne heure, deux ou trois jours après le début de la maladie; sa nature est plutôt fonctionnelle et toxique qu'organique; il s'ensuit que l'emploi des stimulants quels qu'ils soient a les plus grandes chances d'être suivi de bons résultats.

A l'intérieur. — Les médicaments les plus essentiels sont : des stimulants généraux ou des toniques ou spécifiques cardiaques.

La médication de tous les praticiens qui ont traité la peste est basée sur l'emploi du carbonate d'ammoniaque et de la teinture ou décoction de quinquina, accompagnés ou non de digitale, de strophantus, ou de camphre.

Digitale. — L'infusion de digitale, la teinture ou les feuilles constituent la médication de choix quand le pouls devient dicrote et que le cœur faiblit. La pratique cependant démontre que ses effets sont peu satisfaisants. Cela tient peut être à la lenteur de son action, mais en dehors de cela son emploi dans une maladie aiguë comme l'est la peste n'est pas à l'abri de tout accident (imperméabilité rénale, accumulation, etc.).

Strophantus. — Rentre dans la même catégorie que la digitale.

Camphre. — Possède une action double (stimulant cardiaque direct et carminatif stomacal). Il peut être alterné avec d'autres médicaments.

Les meilleures formules pour son emploi sont : des pilules de 10 centigrammes, la solution camphrée dans l'huile stérilisée, les injections hypodermiques. L'emploi de la caféine mérite aussi d'être tenté.

Musc. — Jusqu'à présent il a été peu employé mais son administration semble justifiée par son action stimulante sur la circulation ; il constitue un remède agréable ajouté à la thérapeutique de la peste. Le musc aussi frais qu'on peut l'obtenir sera administré à la dose de 25 centigrammes toutes les six heures (1).

Strychnine. — Est d'une valeur incontestable soit en injections, soit par la voie buccale. Les troubles de l'innervation, et spécialement de celle du cœur, représentant un des effets principaux des toxines bacillaires de la peste, la strychnine occupe une place de premier ordre dans le traitement.

L'expérience a confirmé cette manière de voir. Le Dr Lowson et tous ceux qui ont publié leurs observations sur le traitement de la peste mettent la strychnine au premier rang des stimulants préconisés. Elle peut être administrée par voie buccale ou, en cas de vomissements, en injections hypodermiques de sulfate de strychnine.

Hyoscine. — L'hyoscine, administrée en injection hypodermique à la dose d'un demi-milligramme, est l'hypnotique qui rend les meilleurs services. Avec cette substance nous

(1) Inutile d'ajouter que cette médication est d'un prix inabordable ailleurs que dans le pays du musc, où a exercé l'auteur. (*Note du traducteur.*)

avons réussi à calmer l'agitation nerveuse et à obtenir le sommeil quand tous les autres moyens essayés avaient échoué. Une provision d'hyoscine est indispensable dans la thérapeutique de la peste.

Morphine. — L'état du malade nécessite quelquefois l'emploi de la morphine en injections hypodermiques de 1 centigramme environ. L'expérience a démontré son utilité quand l'adénite douloureuse se complique d'intoxication cérébrale. Pour éviter des accidents, il est utile de ne l'administrer que mélangée avec de l'atropine.

Bromure de potassium. — Une dose de temps en temps pendant la durée du délire est utile et ne présente pas de danger. Son usage prolongé est déconseillé.

Autres médications. — Restent maintenant un certains nombre d'autres médicaments ne méritant que d'être mentionnés en passant, tels sont : la quinine, indiquée dans l'hypertrophie de la rate et les complications de nature malarique; l'aconit, par la fièvre et l'accélération du pouls dans les premiers jours, le chlorure d'ammoniaque, etc.

Les inhalations d'oxygène (Lowson) ne doivent pas être négligées; on devra toujours en avoir un ballon prêt sous la main.

Traitement local. — Le traitement local, radical et abortif des adénites, comme la pathologie de la maladie peut nous le faire prévoir, a peu de succès. Théoriquement, l'injection d'un ganglion enflammé, dans l'aine par exemple, avec l'acide phénique, le bichlorure de mercure, ou une solution de bichlorure de mercure et d'iodure de potassium, a semblé soulager le malade et amener un abaissement de la température. Pourtant. il est très possible que les bons effets constatés soient attribuables à la diminution de la tension par la ponction de la capsule glandulaire. Des précédents ne manquent pas, où l'incision sous-cutanée a été suivie de soulagement et d'amélioration. L'incision de la glande dès le début n'est pas recommandée et l'excision est toujours contre-indiquée. La maladie est de sa nature une polyadénite très étendue, et l'extirpation de toutes les glandes infectées serait une impossibilité. Un ganglion enflé, rouge et douloureux sera badigeonné avec un mélange de glycérine et de belladone, ou traité avec des cataplasmes pour diminuer la douleur.

Quand il y aura fluctuation, il peut être ouvert mais c'est tout ce qu'il faut faire.

Quand le pus aura été évacué, la plaie sera saupoudrée d'iodoforme, le drainage sera établi : c'est le moyen d'obtenir les meilleurs résultats.

La rétention d'urine est une complication fréquente pendant le délire de la peste, et qui peut rendre indispensable l'emploi de la sonde vésicale.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA SOCIÉTE DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 février 1897 — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr JOSIAS

M. VOGT, à propos du procès-verbal, communique à la Société les résultats récents obtenus avec l'*eucaïne* en laryngologie et ondotologie. L'eucaïne ne produit jamais d'accidents syncopaux et nauséeux entre les mains des spécialistes, qui recherchent une anesthésie de courte durée. La cocaïne a souvent, même à doses minimes, provoqué de nombreux accidents. M. Vogt s'étonne que les résultats expérimentaux obtenus par M. le Pr Pouchet soient si différents de ceux obtenus sur l'homme.

A un autre point de vue, il y a lieu de faire ressortir que l'eucaïne *congestionne* les tissus, alors que la cocaïne les ischémie : en laryngologie et en ophtalmologie, la rétraction des tissus ischémiés masque les lésions, tandis que la congestion, suite d'application de l'eucaïne, les fait ressortir plus nettement et permet ainsi une intervention plus efficace. Dans la grande chirurgie, où l'on recherche une anesthésie de longue durée, la cocaïne est préférable.

M. le Pr POUCHET rappelle que dans la thèse de M. Hernet(e, se trouve consigné un cas de syncope grave survenu chez un malade anesthésié par l'eucaïne et que M. Reclus opérait d'une hernie étranglée. Il est possible que l'eucaïne dont se sont servis les spécialistes cités par M. Vogt et qu'ils ont eu entre les mains était un mélange de cocaïne et d'eucaïne.

M. JOSIAS, président, à propos de la communication de M. SEVESTRE sur le tubage et la trachéotomie, constate que dans son service, au pavillon de la rougeole, *tous* les enfants auxquels on a fait le tubage pour des laryngites striduleuses ou œdémateuses ont succombé à des broncho-pneumonies ou à des abcès péri-laryngés, alors que 50 0/0 des trachéotomisés ont survécu. M. Josias se croit donc autorisé à proclamer que dans les complications laryngées de la rougeole, la trachéotomie doit constituer la méthode de choix.

M. DUHOURCAU (de Cauterets), présente un travail intitulé : *Contribution à l'étude des accidents causés par l'antipyrine.* La malade de M. Duhourcau présenta, un quart d'heure après l'absorption d'un seul cachet d'antipyrine à 50 centigrammes, un érythème qui envahit très vite toute la surface du corps et ne céda qu'au bout de quelques jours.

M. SOUPAULT présente un travail intitulé : *Hyperchlorhydrie et hypersthénie* (paraît dans ce numéro de la Revue).

M. MATHIEU n'admet pas le terme d'hypersthénie, pas plus que la contraction du pylore au cours de la digestion. Au moyen d'huile émulsionnée ajoutée au repas d'épreuve, on reconnaît que toujours, une demi-heure après le repas, l'estomac commence à évacuer une partie de son contenu. La contraction du pylore constitue un fait anormal. L'orateur est d'accord avec M. Soupault pour les conclusions thérapeutiques : il ne faut pas exiter la sécrétion ou la sensibilité stomacale. L'acide chlorhydrique n'est pas seul la cause des douleurs, puisque les hypochlorhydriques présentent aussi des crises douloureuses. Les alcalins donnent de bons résultats dans quelques cas.

M. SOUPAULT fait remarquer que le phonendoscope a permis de reconnaître que trois heures environ après le repas, à l'état physiologique, il se produit une brusque évacuation du contenu stomacal.

M. MATHIEU réplique que si le contenu stomacal n'a pas l'air de varier en volume, cela ne veut pas dire que les liquides ne s'écoulent pas incessamment à travers le pylore ; la portion évacuée est remplacée par la sécrétion des glandes salivaires et stomacales.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Barbier : *Sur le traitement de la chloro-anémie, sépcialement de celle dite chlorose.* Le rapport, très documenté, donne pour ainsi dire l'état actuel de cette question si controversée : s'appuyant sur les travaux de M. le Pr Hayem, le rapporteur fait remarquer que dans la chlorose, la perte en fer peut monter à la moitié et même aux trois quarts du chiffre total du fer contenu dans l'organisme (3 grammes de fer métallique). L'ingestion de 1 gr. 50 de fer par jour, pour réparer les pertes subies, ne serait pas supportée par l'organisme.

L'action du fer sur le sang des chlorotiques se manifeste en premier lieu par une multiplication des hématies, et ramène le nombre de ces dernières à la normale; les hématies de nouvelle création sont cependant *très pauvres en hémoglobine,* et le travail curateur consiste à *perfectionner ces hématies :* cette seconde action est lente. La première phase a, en général, une durée de quinze à vingt jours, la seconde une durée de quatre à cinq semaines.

Pour choisir une préparation ferrugineuse ne donnant pas avec les albuminoïdes des précipités insolubles, il faut s'adresser aux *sels ferreux :* parmi ceux-ci le protoxalate de fer semble le plus efficace, après lui vient certains symptômes nécessitant un traitement spécial : 1° *la fièvre,* justiciable du drap mouillé ; 2° *les névralgies* qu'on traitera par les calmants : on choisira ceux qui n'exercent pas une action destructive sur les hématies ; 3° *la dyspepsie,* souvent entretenue par une alimentation trop riche ou trop irritante (viandes rouges, vins généreux, etc.). La plupart des chlorotiques sont des hyperpeptiques et des hyperchlorhydriques. Il faut toujours commencer par soigner l'estomac, avant de recourir aux martiaux.

Le rapporteur termine en rappelant les recherches de Spillmann et Etienne sur l'action de la substance ovarienne dans la chlorose : les résultats jusqu'ici obtenus semblent trop incertains pour être appréciés en connaissance de cause.

M. Fernet insiste sur le fait que les anémies sont nombreuses et variées, mais que la chlorose est *une :* peut-être la dépense d'énergie si considérable que subit l'organisme au moment de la puberté constitue-t-elle un facteur étiologique important de cette affection.

Le fer est nuisible à la plupart des anémiques : l'association, si souvent prescrite, du fer et du quinquina paraît un non-sens chimique, car on obtient probablement la production de tannate de fer insoluble dans le tube digestif. Les ferrugineux et les toniques doivent être prescrits avec mesure et discrétion, et les médications adjuvantes sont ici les plus efficaces. En résumé, on donnera aussi peu de médicaments que possible : l'hygiène bien comprise constituera la base du traitement.

Le Secrétaire : E. VOGT.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Recherches expérimentales sur l'immunisation préventive de l'homme vis-à-vis du choléra asiatique, par W. KOLLE. (*Deutsche medicinische Woch.*, 1er janvier 1897.) — L'auteur a démontré dans un travail précédent que le sérum des hommes immunisés contre le choléra avait une action spécifique immunisante vis-à-vis des cochons d'Inde qui leur permet de résister à une inoculation de vibrion cholérique dans le péritoine. Le sang et le sérum des personnes immunisées contre le choléra possèdent une action bactéricide vis-à-vis du vibrion cholérique.

L'action spécifique du sérum et du sang des hommes immunisés, vis-à-vis du cochon d'Inde, ont permis à l'auteur d'entreprendre des recherches précises sur la durée de l'immunité conférée par la vaccination anticholérique. Dix-sept de ses collègues et amis immunisés contre le choléra se sont prêtés à ses expériences. Il résulte de l'ensemble de ses recherches que le sang des personnes immunisées contre le choléra, est encore antitoxique pour le cochon d'Inde au bout d'une année. Il est donc vraisemblable que les personnes inoculées sont encore immunisées au bout d'une année.

La méthode employée par l'auteur permet de rechercher rapidement au début d'une épidémie par exemple, si les personnes vaccinées contre le choléra ou qui ont subi antérieurement les atteintes de ce mal, sont encore en état d'immunité. A. CHASSEVANT.

Traitement du choléra par l'amidon ioduré. (*Wratsch*, n° 46, 1896.) — KOTSCHOROWSKY a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de diarrhée cholériforme où l'amidon ioduré a donné une guérison rapide et complète. D'autre part la même substance médicamenteuse (administrée à l'intérieur et sous forme de lavements) a donné également une guérison complète dans deux cas où il s'agissait incontestablement de choléra. C'est en se basant sur ces quelques observations peu nombreuses, il est vrai, que l'auteur se croit en droit de considérer l'amidon ioduré sinon comme un spécifique dans le choléra et les affections cholériformes — il n'y en pas, hélas! — du moins comme un médicament supérieur à tous les autres, habituellement recommandés dans ces cas, car il réunit toutes les propriétés jusqu'à présent les seules qu'on puisse exiger : il est antidiarrhéique, il empêche les vomissements, et, enfin, il représente un des antiseptiques les plus puissants. B. TAFT.

La suralimentation chez les typhiques. (*Wratsch*, n° 46, 1896.) — MANDELSTAMM s'est très bien trouvé de la suralimentation. A la place de la viande qui faisait partie du régime habituel, l'auteur prescrivait les œufs à la coque. Pendant que le malade mange, sa conscience revient de sorte qu'il est bon de profiter de ce moment de lucidité pour lui faire gargariser la bouche et pour nettoyer la langue et les dents.

Sur deux malades appartenant au personnel, pas un n'a succombé. La mortalité des autres a été de 13 0/0; cette mortalité, l'auteur l'attribue en partie à l'état d'épuisement dans lequel se trouvaient bien des malades à leur entrée à l'hôpital, en partie aussi aux conditions hygiéniques défectueuses de l'hôpital. A propos de l'alimentation, Mandelstamm indique un procédé non encore employé jusqu'à présent. A un malade qui n'avalait pas les aliments liquides qu'on lui versait dans la bouche et dont l'état était très grave, on introduisit par le nez, après l'avoir assis ,un catheter de Nélaton dans l'œsophage : en y ajustant un entonnoir on y versait 500 grammes de lait chaud avec 30 grammes de cognac. On le nourri ainsi pendant quatre jours, deux fois par jour. Ce malade finit par guérir. B. TAFT.

Le séro-diagnostic de Widal et la possibilité de le faire sans employer le microscope, par CH. LYMAN GREENE. (*Medical Record*, 5 décembre 1896.) — L'auteur commence par exposer la méthode employée par Widal et l'importance de cette méthode pour affirmer le diagnostic de fièvre typhoïde. Il a soumis 35 cas au contrôle de séro-diagnostic et proclame l'utilité de cette pratique. Au cours de ses examens il a constaté avec son collègue Ritchie que l'examen peut se faire à l'œil nu. Lorsque le séro-diag-

nostic est positif, la lamelle présente par transparence un aspect grumeleux que ne présentent jamais les autres préparations. A. Chassevant.

Quelques recherches sur le traitement de la diphtérie par le sérum antidiphtérique de Behring, par D. Hammer. (*Deutsche med. Woch.*, 17 décembre 1896.) — L'auteur donne la statistique des cas qu'il a traités, après avoir fait quelques recommandations d'ordre général sur la marque du sérum employé (1).

63 cas de diphtérie non trachéotomisées ont donné 9 morts : soit 4,7 0/0.

Sur 90 cas traités il y a eu 16 morts, qui se répartissent de la façon suivante :

Injection de sérum faible.	Nombre de malades traités.	Morts.
—	—	—
Le 1er jour.	12	3
— 2e —	29	5
— 3e —	21	3
— 4e —	13	2
— 5e —	9	1
— 10e —	2	0
— 11e —	1	1
— ? —	3	1

A. Chassevant.

Deux ans de sérothérapie antidiphtérique, par le Dr F. Cuno. (*Deutsche med. Woch*, 24 décembre 1896.) — L'auteur publie sa statistique personnelle recueillie à l'hôpital du Dr Christ (de Francfort-sur-Mein). La mortalité des diphtériques qui de 1889 à 1894 variait de 32 à 43 0/0 s'est abaissée, grâce à l'emploi du sérum, à 10,5 et même à 7,03 0/0.

La statistique porte sur 483 enfants. On dut faire 54 trachéotomies malgré le sérum; sur ces 54 enfants trachéotomisés 17 sont morts, soit 34 0/0.

On a retrouvé de l'albumine dans l'urine de 126 enfants.

On n'a relevé que 4 cas de néphrite aiguë.

76 cas de troubles cardiaques ont été observés.

La paralysie diphtérique a été observée dans 70 cas :

47 paralysies complètes du pharynx, 16 du palais, 4 paralysies des extremités, 3 paralysies des abducteurs.

104 malades ont eu de l'exanthème fébrile, de la rougeole, de la scarlatine, de l'urticaire.

A. Chassevant.

(1) En Allemagne la vente des sérums thérapeutiques est libre et plusieurs maisons en fabriquent.

Essai de sérothérapie (sérum de Roux) dans la fièvre quarte, par M. Alcide Treille (d'Alger), (*Gazette médicale de Nantes*, 12 septembre 1896.) — L'auteur a injecté du sérum antidiphtérique de Roux à deux malades atteints de fièvre quarte. Il a constaté que ces injections les ont débarrassés de la partie la plus désagréable de l'accès quarte : le frisson. Chez l'un d'eux il a amené par contre coup, après quelques accès atténués, la guérison définitive.

Ces résultats permettent d'espérer, d'après M. Treille, que la sérothérapie pourra se substituer à la quinine dans le traitement de quelques fièvres intermittentes justiciables de ce traitement. A. Chassevant.

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Notes sur le traitement des cas de cancer incurable, par Daniel Lewis. (*Medical News*, 7 novembre 1896.) — Les remèdes indiqués dans ces cas peuvent se classer en : 1° influences psychologiques; 2° agents médicaux; 3° opérations chirurgicales; 4° applications locales, lavages, antisepsie, etc.; 5° anodins; 6° inoculation de toxines variées.

Les opérations chirurgicales sont indiquées dans deux cas : 1° pour sauver des organes importants; 2° pour débarrasser le malade d'une masse de tissu malade.

L'emploi des toxines, surtout celles de l'érysipèle a provoqué un grand intérêt parmi les médecins, à cause des faits connus d'antagonisme entre ces deux affections.

Entre les mains de l'auteur la toxine de l'érysipèle n'a eu aucune action dans les cas où il a pratiqué ce traitement. A. Chassevant.

Traitement des tumeurs malignes par les injections de cultures du streptocoque en chaînette de l'érysipèle. (*Wratsch*, n° 46, 1896.) — Les cultures dont s'est servi Levschine pour ses injections dans dix cas de tumeurs malignes, étaient faites dans du bouillon et stérilisées ensuite. La quantité de cultures injectée variait, suivant leur virulence, de 0,1 à 0,5 de seringue de Pravatz.

Voici les phénomènes observés :

1° Sensation de chaleur au point d'injection;

2° tuméfaction locale des tissus; 3° vomissements et céphalée (presque dans tous les cas); 4° frissons deux à quatre heures après l'injection; 5° élévation de température atteignant 40°,6; 6° accélération notable du pouls.

Les jours suivants on a noté :

1° Malaise et courbature; 2° albuminurie et cylindrurie momentanés (ce phénomène ne s'est produit que chez deux malades très épuisés); 3° perte locale de la sensibilité; 4° disparition complète des douleurs.

On a fait également des injections de sérum anticancéreux d'Emmerich. Malgré le nombre peu considérable de cas, et la durée insuffisante de l'observation (de trois à sept mois), Levschine considère toutefois ces injections comme favorables pour les raisons suivantes : disparition des douleurs dans tous les cas; diminution de la tumeur dans la moitié des cas; résolution évidente quoique incomplète des ganglions lymphatiques voisins.

L'auteur conseille donc de ne pas abandonner cette méthode de traitement à la condition toutefois de ne l'appliquer que dans les cas où les récidives ne laissent aucun espoir d'obtenir un résultat satisfaisant par une intervention chirurgicale. B. TAFT.

Traitement des tumeurs cancéreuses par le sérum streptococcique. (*Archives russes de chirurgie*, n° 3, 1896.) — Après avoir fait l'historique du traitement des tumeurs cancéreuses par le sérum streptococcique, VILÉ cite quatre cas où il a eu recours au sérum streptococcique d'Emmerich et de Scholl.

Voici les conclusions auxquelles arrive l'auteur :

1° L'état général des malades s'améliore parfois d'une façon très considérable grâce au sérum streptococcique d'Emmerich;

2° Dans un cas, l'injection a été suivie d'une céphalée rebelle avec faiblesse générale;

3° Les noyaux cancéreux de petit volume se désagrègent et disparaissent en un laps de temps quelquefois très court;

4° Les noyaux anciens se désagrègent en formant des ulcères;

5° Les ulcères phagédéniques s'arrêtent parfois dans leur extension;

6° On n'a observé aucune complication vraiment sérieuse.

Dans trois cas on a pu noter après l'injection de sérum l'apparition d'un erythème qui s'était développé à quelque distance du point d'injection. B. TAFT.

Traitement des cancéreux par le chelidonium majus. (*Wratschebnié Zapiski*, n° 11, 1896). — Nous avons, il y a quelque temps, analysé assez longuement un travail de Denissenko dans lequel il affirmait avoir obtenu d'excellents résultats dans le cancer avec le chelidonium majus administré soit en injections sous-cutanées, soit à l'intérieur, et recommandait chaudement l'emploi de cette plante. Il est de notre devoir de signaler un travail de contrôle de Bérezkine qui, en se basant sur sept cas où il eut recours à la méthode préconisée par Denissenko, arrive aux conclusions, fort peu favorables, que voici :

1° L'extrait de chelidonium majus ne jouit d'aucune action spécifique contre le cancer;

2° Employé extérieurement, il n'agit même pas sur de simples dartres;

3° Les injections sous-cutanées sont excessivement douloureuses et déterminent une sensation prolongée de brûlure, une réaction inflammatoire dans la région périphérique et même la nécrose des parties périphériques de la néoformation;

4° Dans les cas où l'opération peut donner des résultats plus ou moins favorables, il est tout simplement nuisible pour le malade de perdre du temps à essayer la méthode de Denissenko. Même s'il était possible, dans un certain nombre de cas, d'obtenir la guérison des tumeurs cancéreuses de volume peu considérable à l'aide d'injections et de badigeonnages de chélidonium majus, le procédé opératoire serait préférable, comme étant plus sûr, plus rapide et moins douloureux. B. TAFT.

De l'action de l'extrait de chélidonium majus dans le cancer. (*Wratsch*, n° 16, 1896.) — VELBER ayant eu recours à cette plante médicinale qu'il a employée sous forme d'injections faites dans l'épaisseur du néoplasme, et arrive à cette conclusion que, si l'on ne peut pas, pour le moment du moins, espérer substituer les injections de l'extrait de chélidonium majus au traitement opératoire, il convient toutefois de lui reconnaître une certaine action quoique superficielle et inconstante sur le tissu cancéreux : « superficielle » parce que les modifications du tissu cancéreux qu'on peut noter ne dépassent pas les couches périphériques qui tantôt suppurent, tantôt se dessèchent. L'action de l'extrait est toujours plus manifeste au début; elle devient moins énergique par la suite jusqu'à devenir nulle, de sorte que d'après l'auteur, si l'on n'obtient aucun résultat après quatre ou cinq injections, il est inutile de continuer.

Enfin l'action de l'extrait de chélidonium majus serait plus manifeste dans des cas où les tissus de néoformation dominent les parties nécrosées, autrement dit une tumeur cancéreuse

dure, nettement limité réagirait mieux que ces tuméfactions volumineuses qui ont la forme d'un chou-fleur. B. TAFT.

Empoisonnement par le nitrite d'amyle, par R. CADWALLADER. (*Medical Record*, 5 décembre 1896,) — L'auteur rapporte l'observation d'un accident mortel occasionné chez un confrère par l'exhalation de vapeurs de nitrite d'amyle. La victime avait couché dans une chambre close et avait conservé dans cette chambre un flacon plein de nitrite d'amyle insuffisamment bouché. La mort n'est survenue qu'au bout de huit jours. Ce médicament semble exercer un effet spécifique sur les centres qui actionne les vaso-moteurs en les paralysant; les vaisseaux du cerveau sont spécialement atteints.

Ce cas mérite d'attirer l'attention, car l'auteur n'a pas connaissance de publication de faits analogues. Le nitrite d'amyle doit être considéré comme un poison dangereux. A. CHASSEVANT.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Expectation armée et laparotomie, dans les contusions de l'abdomen, par H. MENDY. (*Thèse de Paris*, 1896.) — L'auteur s'occupe tout spécialement des *coups de pied de cheval*, comme cause traumatique. Or il n'existe pas, dit-il, de signe pathognomonique de la perforation intestinale, la seule lésion qui intéresse le chirurgien. Les signes observés n'ont de valeur que par leur groupement: ce sont la douleur au point contus, les vomissements, la petitesse et la fréquence du pouls, l'élévation ou l'abaissement de la température, la dissociation du pouls et de la température, la rétraction ou le ballonnement du ventre, le facies péritonéal. Il ajoute quelques symptômes moins connus à cette énumération, l'hyperesthésie de la paroi, la sensibilité au toucher rectal. Les conclusions sont les suivantes : on a trop de tendance à assimiler les contusions de l'abdomen aux plaies pénétrantes, d'où abus de la laparotomie. L'expectation se recommande aux contraire par un grand nombre de succès, même dans les cas graves, qui sembleraient réclamer la laparotomie. Mais il faut employer toutes les ressources du traitement médical, c'est-à-dire faire de l'expectation armée. Ce travail nous paraît laisser intacte la question de l'opportunité de l'intervention hâtive, c'est-à-dire efficace, qui ne paraît pas prêt d'être résolue. La raison en est que si beaucoup de cas de réussite par l'expectation sont régulièrement publiés, nous savons qu'il n'en est pas de même pour les morts dans tous les cas traités par l'expectation. AUG. BENOIT.

Comment traiter l'appendicite chronique, par P. SEBILEAU. (*Gazette médicale de Paris*, janvier 1897.) — On doit distinguer les cas où le chirurgien peut, à certains signes, présager le retour des accidents, et ceux où rien ne permet d'affirmer une rechute et où la santé est en apparence excellente.

Dans la première catégorie de faits, il ne faut pas hésiter, il faut conseiller l'opération. *La résection de l'appendice iléo-cœcal à froid* est seule capable de parer aux accidents très probables qui menacent le malade à plus ou moins longue échéance.

Dans le deuxième cas l'hésitation est permise et il faut mettre en parallèle d'une part les chances d'une récidive, à tout prendre assez fréquente, d'autre part la gravité de l'opération. Il convient, tout en montrant les bénéfices d'une intervention, d'en dire aussi les dangers, assez minimes en vérité, mais qu'il faut toujours prévoir. M. SOUPAULT.

Cure radicale de la hernie fémorale, opération de choix; anatomie du fascia transversalis au niveau du trou fémoral, par COPLIN STINSON. (*Medical Record*, 5 décembre 1896.) — Dans ce travail, l'auteur décrit une nouvelle méthode opératoire qui présente selon lui tous les avantages des autres méthodes sans avoir leurs inconvénients.

L'opération doit être faite de la façon suivante :

1° L'incision externe commence environ à un demi-pouce au-dessous de l'épine du pubis et est conduite en haut et en dehors jusqu'à environ parallèlement à 3 pouces du ligament de Poupart, ce qui découvre le sac et le repli falciforme de l'aponévrose crurale. La portion iliaque et pubienne du fascia lata bordant le repli falciforme sont disséquées suffisamment pour libérer et découvrir complètement le canal et l'anneau crural.

2° Toutes les adhérences du sac environnantes doivent être largement libérées de l'anneau crural. Le sac est ouvert et les adhérences internes détruites. Si le contenu n'est que de l'épiploon il doit être enlevé après ligature des vaisseaux; pour éviter la chute des ligatures on doit les fixer. Le vaisseaux qui doit être ligaturé est amené en dehors. On le transfixe avec une aiguille munie du catgut qui entoure le vaisseau en transversant le tissu de l'épiploon

qui l'environne. La ligature est ainsi fixée dans l'épiploon et ne peut glisser. Après avoir libéré le sac, le col doit être attiré au dehors avec des pinces. On doit exciser le col et le péritoine aussi haut que possible et les lèvres avivées sont unies au catgut. On laisse rentrer les lèvres suturées.

3° Les tissus adipeux et glandulaire, etc., sont excisés.

4° L'anneau fémoral est découvert par la résection de la portion iliaque et pubienne du fascia lata, du ligament de Poupart et de l'arcade fémorale profonde. Toute la graisse, les glandes, etc., qui se trouvent dans l'anneau, doivent être enlevées. La gaine fémorale est libérée avec les pinces, l'excès est excisé et l'opérateur conservant l'artère bien en vue ferme l'anneau fémoral en affrontant ensemble les lèvres antérieure et postérieure de la gaine fémorale avec l'anneau fémoral. Un certain nombre de sutures sont faites autour de la veine fémorale. Les premières sutures sont faites en dehors du ligament de Gimbernat et comprennent un certain nombre de ses fibres.

Lorsque le ligament de Gimbernat n'est pas bien développé les sutures peuvent s'étendre jusqu'à l'épine pubienne. On doit faire attention à ne comprimer en aucune façon la veine.

5° La portion iliaque et pubienne du fascia lata est rapprochée et suturée à partir de l'épine du pubis : le ligament de Poupart et l'arcade crurale profonde sont suturés avec la portion contiguë du fascia lata qui recouvre le pectiné et la portion réfléchie de ce fascia. Ces sutures ne doivent pas comprendre les fibres musculaires du pectiné.

On fera de nombreuses sutures au niveau de la veine fémorale sans comprimer la veine.

6° La section du repli falciforme de l'aponévrose crurale est refermée. La première suture est faite à côté du ligament de Poupart; l'aiguille doit passer d'abord à travers la portion pubienne du fascia lata à la partie interne du repli falciforme de l'aponévrose crurale puis en dehors à travers la portion iliaque de ce fascia. On doit suturer complètement en laissant seulement dans l'angle inférieur un espace suffisant pour le passage de la veine saphène.

7° On suture la peau avec de la soie sans drain. A. Chassevant.

Emploi d'huile figée pour empêcher la réunion des nerfs après leur section sous-cutanée; contribution au traitement radical de certaines névralgies, par Léonard Corning. (*Medical Record*, 5 décembre 1896.) — L'auteur, pour empêcher la réunion des nerfs sensitifs après leur section sous-cutanée, propose d'injecter dans la plaie une certaine quantité de matière cireuse aseptique, qui enveloppe les deux extrémités du nerf sectionné et, en les isolant, empêche leur régénération. Il emploie dans ce but un mélange de beurre de cacao et de paraffine dont le point de fusion est supérieur à la température du corps.

Il injecte d'abord une certaine quantité de ce corps autour du nerf, puis fait la section au moyen d'un couteau cannelé spécial qui permet d'injecter le mélange en même temps que s'opère la section. Il obtient de bons résultats.

A. Chassevant.

Recherches sur les effets et les accidents du chloroforme, par M. le Dr Paul Reynier. (*Tribune médicale*, 25 novembre 1896.) — L'auteur, fidèle au chloroforme, cherche à montrer que ce n'est pas par le fait d'une idiosyncrasie, dont on ne peut se rendre compte, que les malades réagissent d'une façon différente aux anesthésiques. On peut se douter de cette réaction, et par un examen préanasthésique du malade, se tenir sur ses gardes contre certains accidents ou ennuis de la chloroformisation.

Dans une chloroformisation normale les cellules cérébrales sont les premières atteintes, puis les cellules médullaires et en dernier les cellules bulbaires.

A côté de ce type idéal de l'anesthésie se placent des formes variables et différentes.

La comparaison de ces différents modes de réaction vis-à-vis d'un même agent d'anesthésie ne permet de conclure que de la façon suivante :

Le chloroforme excite la cellule nerveuse; cette excitation se traduit par des actes par lesquels ces cellules, hors d'état d'anesthésie, répondent à toute excitation plus ou moins violente. Ces actes varient suivant les troubles que la cellule nerveuse subit dans son fonctionnement par le fait de tare maladive, héréditaire ou acquise, hystérie, épilepsie ou d'une intoxication antérieure : alcool, éther, morphine.

Les phénomènes du réveil doivent être surveillés attentivement et on ne doit quitter le malade que lorsque la connaissance est revenue. La phase d'excitation de retour est troublée d'une façon différente, comme l'excitation du début, suivant les tempéraments ou les intoxications antérieures du système nerveux.

A. Chassevant.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement du cancer de l'estomac par l'extrait fluide de condurango, par BELLOT. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, novembre 1896.) — L'auteur relate le cas suivant : Une femme de 59 ans présentait tous les symptômes du cancer de l'estomac; elle avait fortement maigri, son teint était jaune paille : au dégoût de la viande et à la douleur épigastrique s'ajoutaient les vomissements couleur marc de café et de l'adénopathie sus-claviculaire et axillaire à gauche.

Appelé après une hématémèse abondante, M. Bellot prescrit l'usage de la glace à l'intérieur, puis le régime lacté, enfin deux fois par jour, dans un demi-verre de lait froid, quinze gouttes d'extrait fluide de condurango.

La malade pendant trois mois a pris journellement trente gouttes d'extrait fluide de condurango. Son teint jaune paille a disparu, elle a engraissé, repris son teint, mange assez bien, n'a plus de points douloureux à l'épigastre et n'a vomi des glaires que trois ou quatre fois depuis le mois d'août. M. SOUPAULT.

Pathogénie et traitement de l'entéroptose, par J.-B.-L. HERNETTE. (*Thèse de Paris*, décembre 1896.) — L'intestin est maintenu en place par deux forces : la tension abdominale et les replis péritonéaux qui le suspendent à la paroi postérieure de l'abdomen. La tension abdominale est due à la réaction élastique et au tonus des muscles de la paroi abdominale; sa valeur moyenne de 11 centimètres d'eau est donnée par la mesure de la tension des gaz dans l'intestin ou le rectum.

D'après Glénard, l'intéroptose débute par une chute du coude droit du côlon et le reste de la masse intestinale est ensuite entraîné. L'intestin prolabé se rétrécit et la tension abdominale diminue parce que le contenu a diminué de volume.

D'après les expériences de Schwerdl, l'entéroptose résulte d'une dépression générale de l'organisme et d'une diminution du tonus musculaire. Cette diminution du tonus au niveau de la paroi abdominale amène un abaissement de la pression de tension, alors les viscères obéissent à la pesanteur et tombent. La perte du tonus des parois musculaires de l'intestin et la diminution de la tension abdominale laissent les gaz distendre l'intestin; d'où arrêt de la circulation de la bouillie intestinale, fermentation anormale et auto-intoxication.

Le traitement consiste à :

1° *Relever la tension abdominale et remédier à la faiblesse des parois abdominales.* La ceinture de Glénard répond admirablement à cette première indication. Le port d'une ceinture convenable est ordinairement suivie d'une très prompte amélioration.

Cette ceinture ne doit servir que comme moyen préventif ou palliatif, et il faut par tous les procédés essayer de relever le tonus des muscles de l'intestin et de la paroi abdominale. On appliquera donc le traitement général de la neurasthénie par le traitement de Weir Mitchell, le repos et la suralimentation. Puis le malade étant plus fort, on prescrit des exercices gymnastiques bien réglés, et les mouvements faisant agir les muscles de la paroi abdominale.

2° *Diminuer et empêcher la distension gazeuse de l'intestin.* On y arrivera par l'emploi des laxatifs quotidiens et par des antiseptiques internes (naphtol β et ses dérivés, acide salicylique à faibles doses, benzoate de soude, résorcine, fluorure d'ammonium).

M. SOUPAULT.

Des accidents consécutifs à la gastro-entérostomie; moyens de les prévenir. (*Société de chirurgie*, 20 janvier 1897.) — M. REYNIER a recherché la cause de la mort qui survient parfois après la gastro-entérostomie, après des vomissements bilieux répétés. Il a perdu ainsi deux malades et M. Monod accuse également un décès dans ces conditions. Or, l'autopsie a démontré qu'il se produisait une coudure brusque de l'anse anastomosée au niveau même de l'abouchement dans l'estomac, de telle sorte que toutes les matières refluaient dans le bout supérieur du duodénum, tandis que rien ne passait dans le bout inférieur totalement affaissé. Pour M. Chaput, ce mécanisme est réel et l'accident survient ou bien lorsque le mésentère est congénitalement trop court, ou bien lorsqu'on fait l'abouchement de l'intestin grêle trop près de la portion fixe du duodénum. Or, Wolfler a déjà indiqué un moyen d'éviter cet échec; au lieu de faire l'apposition simple de l'anse à la paroi stomacale, il faut en faire la *torsion* préalable, de manière que le contenu de l'estomac se vide dans le bout inférieur. M. Ricard raconte qu'il a dû procéder à un entéro-anastomose secondaire pour le même fait; le bout supérieur s'était dilaté considérablement après une première intervention; les accidents disparurent lorsqu'il eut assuré le cours des matières. AUG. B.

Troubles gastriques déterminés par une fissure du pylore; opération; guérison, par J. Schnitzler. (*Société Imperio-Royale des Médecins de Vienne.*) — Il s'agit d'une malade de 25 ans, qui, depuis onze ans, souffrait de douleurs stomacales intenses, à caractères spasmodiques, et qui depuis quelque temps avait vomi du sang. En outre cette femme présentait des stigmates d'hystérie. La malade réclamait une opération, et d'autre part on constatait les signes d'une tumeur située à la région du pylore. On pratiqua une laparotomie. L'estomac apparut normal, mais sous les yeux mêmes de l'opérateur se produisit au pylore une tumeur dure cylindrique, mesurant 6 à 7 centimètres de long sur 4 de diamètre; la lumière du pylore était ainsi fermée. C'était un spasme de la couche musculaire du pylore.

M Schnitzler ouvrit l'estomac en incisant la tumeur. Sur la muqueuse, il ne découvrit ni cicatrice ni fissure. La plaie longitudinale fut suturée transversalement, ce qui amena une solution de continuité de la couche musculaire.

La malade guérit bien de l'opération, et ses troubles gastriques ont disparu depuis.

L'auteur compare les résultats ainsi obtenus à ceux que donne l'incision du sphincter dans le cas de fissure anale. Il pense que le spasme pylorique n'est pas aussi rare qu'on le croit habituellement. M. Soupault.

Des ruptures du foie et de leur traitement, par J. Vanverts. (*Archives générales de médecine*, n° 1, p. 44, 1897.) — Les ruptures du foie reconnaissent pour cause des traumatismes directs ou indirects. Les premières succèdent à des chutes sur l'abdomen ou la partie inférieure du thorax, à des chocs (coup de pied de cheval). Les ruptures indirectes succèdent à des chutes sur la tête, les pieds ou le siège. Les lésions antérieures du foie peuvent intervenir pour favoriser la rupture hépatique.

Les lésions se divisent en deux catégories bien distinctes, suivant que la capsule est déchirée ou non.

L'hémorragie constitue l'accident important des déchirures du foie; c'est elle qui détermine habituellement la mort rapide; l'épanchement de bile ne constitue qu'un incident insignifiant.

La péritonite généralisée n'apparaît ordinairement qu'au bout de deux à trois jours, mais elle peut être plus tardive.

Ce qui rend si grave le pronostic des ruptures du foie, ce sont les deux grandes complications : hémorragie et péritonite, qui viennent d'être signalées; quant aux lésions hépatiques elles-mêmes, elles se réparent facilement et le fonctionnement ultérieur de la glande n'est pas troublé.

Les symptômes sont d'abord le shock, qui peut être mortel; puis, si le collapsus se dissipe, la symptomatologie devient plus nette. Douleur, signes d'hémorragie violente, ictère, glycosurie, etc., font leur apparition. Plus tard peuvent se développer des phénomènes de péritonite ou d'hépatite; dans la grande majorité des cas se sont les signes d'anémie due à l'hémorragie interne, qui attirent l'attention du chirurgien.

Quand on se trouve en présence d'une péritonite, le diagnostic de la cause peut être obscur, mais au point de vue pratique le fait n'a pas d'importance, puisque la laparotomie est formellement indiquée en pareil cas.

La phase moderne du traitement des déchirures du foie est de date récente. C'est seulement à partir de 1848 que l'on a pratiqué la laparotomie pour rupture du foie. La méthode de l'intervention active est préconisée dans les travaux récents d'Adler (1892), de Sieur (1892), de Gachon (1895), de Terrier et Auvray (1896).

Quelle est la conduite à tenir aux différentes phases que le blessé peut traverser, et qui sont les suivantes :

1° Une période de collapsus parfois prolongée, parfois de courte durée, fugace ou nulle; 2° une période où le diagnostic est incertain, en l'absence d'une symptomatologie nette; 3° une période où apparaissent des signes d'hémorragie, d'épanchement abdominal, de péritonite; cette période peut succéder à la première, la phase d'incertitude n'existant pas alors; 4° la période des complications tardives.

1° *Période de collapsus.* — A ce moment on ne peut songer à intervenir. On ne possède aucune notion sur l'existence ni le siège des lésions. On combattra les phénomènes de shock par différents stimulants, injections sous-cutanées d'éther, révulsion sur la peau, boules chaudes, etc.

2° *Période de doute sur l'existence des lésions internes.* — Une fois le malade tiré du collapsus on le soumet au repos absolu, on fait appliquer une vessie de glace ou des compresses froides sur la région hépatique, et l'on attend l'apparition des symptômes nets pour intervenir; cependant quelques chirurgiens professent la nécessité d'une intervention précoce systématique. Elle permet d'arrêter à son début une hémorragie encore trop peu abondante pour se manifester par des signes extérieurs, mais qui aurait probablement nécessité plus tard une intervention pratiquée dans de moins bonnes conditions. Elle empêchera, en permettant le

nettoyage de la cavité abdominale si celle-ci contient du sang ou de la bile, le développement de la péritonite. L'innocuité de la laparotomie exploratrice paraît aujourd'hui démontrée. (Michaux, *Société de chirurgie*, 1895.)

3° *Il existe des signes d'hémorragie ou de péritonite généralisée.* — L'abdomen étant ouvert on cherche la déchirure hépatique au moyen de l'exploration par le doigt ou de l'exploration visuelle.

La déchirure étant ouverte, on peut porter le thermo-cautère sur elle (les avis sont partagés à cet égard); en tout cas deux moyens sont à employer, qu'on ait ou qu'on n'ait pas cautérisé la déchirure : le tamponnement et les sutures. Les sutures présentent l'inconvénient de sectionner le foie dont le tissu est friable, et sont inapplicables dans certains cas. Pour le tamponnement, on emploie des lanières de gaze aseptique, dont on laisse les extrémités au niveau de la plaie pariétaire. Cependant, les sutures ne doivent pas être abandonnées; elles peuvent rendre de grands services dans les cas de déchirures profondes.

Parfois il sera nécessaire, pour arrêter l'hémorragie, de faire la transfixion de la partie saignante, de pratiquer une ligature en masse et de mettre la partie blessée en contact avec la plaie pariétale.

Les mèches de gaze formant tampon seront retirées au bout de quarante-huit heures ou de quatre jours au plus tard; laissées plus longtemps elles exposent à la formation d'une fistule biliaire, moins longtemps au retour de l'hémorragie.

Dans le cas de péritonite suraiguë, on recherchera et on drainera les lésions viscérales, on pratiquera un lavage abondant du péritoine, et on terminera par le drainage de la cavité abdominale. G. Lyon.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

La pneumotomie, par Terrier. (*Progrès médical*, n° 48, p. 413, 1896.) — Il y a plus d'un siècle Pouteau indiquait la nécessité d'ouvrir les collections purulentes du poumon; mais la recommandation de Pouteau resta toute théorique; ni lui, ni aucun de ses contemporains ne la mirent en pratique.

Le choix de la région opératoire est commandé surtout par le siège de la lésion; toute la difficulté est de déterminer celui-ci. La ponction doit être le premier temps de l'opération, permettant de guider celle-ci en renseignant l'opérateur sur le siège bien exact de la lésion. Mais si pour faire cette ponction l'on attend que l'incision et les résections costales aient été pratiquées, n'y aurait-il pas d'autres méthodes pour explorer la face externe du poumon et y constater l'induration ou la saillie que peut y créer la lésion pulmonaire. C'est là ce qu'ont pensé divers chirurgiens.

Tuffier croit pouvoir explorer aisément la surface pulmonaire, sans ouvrir la plèvre, en décollant son feuillet pariétal : il fit le premier essai en opérant une hernie pulmonaire, put libérer la plèvre pariétale du sommet du poumon et explorer, avec l'index, la région dans toute son étendue.

La résection d'une seule côte dans une étendue d'un centimètre permettrait de décoller la plèvre au pourtour de l'incision sur une étendue au moins égale à celle de la main. M. Terrier a vu pratiquer le décollement et a constaté que si facile qu'il paraisse, la plèvre avait été déchirée; du reste l'absence de tout accident indiquait que les feuillets pleuraux restaient en contact et qu'il ne se produisait pas fatalement de pneumothorax.

A la méthode extra-pleurale de Tuffier, Bazy préfère l'examen fait directement après avoir ouvert la séreuse. Une fois la lésion constatée, il referme son incision exploratrice et transforme son champ opératoire au niveau où il a reconnu l'adhérence pleurale et l'induration pulmonaire.

Plus audacieux est H. Delagenière qui met la pleurotomie exploratrice au même rang que la laporotomie, la trépanation exploratrice.

En ce qui concerne le manuel opératoire de la pleurotomie, le choix de l'incision cutanée dépend de la lésion pulmonaire et de la résection costale qu'on croira nécessaire. De Cérenville et Truc, puis Rochelt, Prengrueber, Heydenreich, Lauenstein, Matignon ont beaucoup insisté sur la nécessité des larges résections costales précédant la pneumotomie. Ces résections doivent être d'autant plus étendues que l'excavation pulmonaire est plus vaste; elles en diminueront la gravité en facilitant la rétraction rapide de la paroi. L'ablation du périoste est indiquée pour la même raison. Il ne faut pas perdre de vue toutefois que l'on a signalé des accidents graves et même des cas de mort à la suite de costotomies trop étendues.

Une fois la résection faite, comment se comporter vis-à-vis de la plèvre? On s'est préoccupé d'obtenir l'adhérence des feuillets de la plèvre à l'aide de différents procédés; aujourd'hui on

pratique la pleurotomie en une seule séance; Roux (de Lausanne) fait la suture périphérique des feuillets pleuraux et continue de suite l'intervention; H. Delagenière est plus radical; il supprime toute suture.

Pour inciser le parenchyme pulmonaire qui enveloppe la collection on n'a le choix qu'entre deux instruments : le bistouri et le thermocautère, la nature des tissus à inciser fera préférer l'un ou l'autre de ces deux procédés. Aura-t-on affaire à du tissu résistant, dur, peu vasculaire, ayant la consistance du cuir? C'est le bistouri qui sera le plus propre à le sectionner. Mais si le tissu pulmonaire est élastique, vasculaire ou bien encore s'il présente de la congestion passive, c'est le thermocautère chauffé au rouge sombre qui permettra plus facilement d'ouvrir une large brèche dans la collection.

Il faut s'abstenir du lavage, inutile et dangereux, surtout si la collection communique avec les bronches. On a essayé le curettage des parois de la poche qui est également à rejeter, car on ne peut songer à enlever tous les tissus malades, on les fait saigner et on risque d'infecter les tissus sains. En revanche, il est avantageux de nettoyer la poche avec des tampons montés.

Il est dangereux de laisser longtemps le drain en place, car il peut déterminer des ulcérations des vaisseaux, par son séjour prolongé.

Les affections qui peuvent rendre la pleurotomie nécessaire sont les pleurésies interlobaires, les abcès du poumon, la gangrène, la bronchectasie, les cavernes tuberculeuses, les kystes hydatiques.

Certains auteurs repoussent systématiquement la pneumotomie en cas de caverne pulmonaire; Lopès donne une statistique de 13 morts sur 13 interventions; cependant les pneumotomies pour caverne, dont quelques-unes ont donné un résultat encourageant sont tous les jours plus nombreuses. L'intervention, quelle que soit le siège et les dimensions de la caverne, ne trouve sa justification que si la tuberculose n'infiltre pas tout le reste du poumon.

Pour la bronchectasie l'indication de l'opération et le manuel opératoire pourront varier suivant qu'il s'agit d'une dilatation bronchique simple ou secondaire à un abcès chronique, à un foyer tuberculeux; ils pourront varier encore suivant que la dilatation est jeune ou déjà chronique. Pour la première, Walter propose la simple pneumotomie et réserve pour la seconde dont les parois sont sclérosées, une résection totale de la paroi suivant la méthode de Scheede.

L'indication de la pneumotomie est plus précisée au cas d'abcès du poumon. Juncke n'intervient pas volontiers dans le cas d'abcès aigus, mais Terrier conseille l'opération immédiate, dès que le diagnostic est porté, pour éviter l'ouverture dans une bronche, pour éviter que du tissu de sclérose se forme autour de l'abcès et que les bronches voisines ne soient dilatées.

Pour le kyste hydatique, l'indication de la pneumotomie est aussi précise qu'au cas d'abcès; la suture des feuillets pleuraux peut rendre des services non point seulement en protégeant la séreuse contre les hydatides qui peuvent y tomber et s'y greffer dans le cas où ils sont vivants.

Parmi les complications de la pneumotomie, il faut signaler le pneumothorax opératoire, moins redoutable qu'on ne l'a cru autrefois, les hémorragies immédiates ou secondaires. Les premières viennent de la paroi et il faut pincer le vaisseau qui donne, ou du parenchyme, auquel cas on se servira du thermocautère chauffé au rouge sombre et mieux encore d'un tamponnement. Quant aux hémorragies secondaires dues le plus souvent à des ulcérations des vaisseaux, on aura chance de les éviter en faisant en sorte que les drains et les mèches de gaze ne restent pas trop longtemps en place.

La plus fréquente des complications est la persistance de la fistule. Si celle-ci ne paraît pas avoir de tendance à se fermer, que le malade perde ses forces, il ne faut pas trop attendre; il faut se dire que la première opération n'a pas été suffisante et intervenir à nouveau.

G. Lyon.

Pneumectomie, par Terrier (*Progrès médical*, n° 50, p. 445, 1896). — La pneumectomie ou résection du poumon n'est pas une opération courante. De nombreuses expériences, entre autres celles de Gluck, Block, Biondi, Marcus, Schmid, de Villard, Wills ont prouvé que l'extirpation partielle et même totale d'un poumon était chose possible, presque facile chez un grand nombre d'animaux, mais il faut se garder, en porticulier pour la chirurgie pulmonaire, de conclure trop vite des animaux à l'homme.

La pneumectomie a été pratiquée dans trois affections différentes : les tubercules, les néoplasmes, la hernie pulmonaire.

Les pneumectomies pratiquées dans les cas de tuberculose n'ont guère été encourageantes; l'opération faite par Tuffier est la première qui ait été suivie de succès; il s'agissait d'une tuberculose bien localisée au sommet d'un seul poumon; le temps le plus laborieux de l'opération fut le décollement de la plèvre pariétale. L'opéré guérit rapidement.

Lawson a employé la méthode suivante : il fait une incision partant du sternum et suivant la deuxième côte que l'on résèque. On ponctionne

la séreuse et l'opérateur pousse lentement dans la cavité pleurale de l'air stérilisé de façon à provoquer le collapsus du poumon ; cette manœuvre n'amène ni dyspnée, ni cyanose. La plèvre est ouverte, on détache les adhérences et on fait sortir par la plaie le sommet du poumon droit. On le traverse à sa partie supérieure par deux aiguilles et l'on réséque la partie malade. Puis le poumon est refoulé dans la cavité thoracique : la plaie est fermée sans drainage.

Lawson réséque la deuxième côte ; Tuffier se contente d'inciser le deuxième espace intercostal et pour faire passer le sommet du poumon par l'étroit espace qu'il ne veut pas élargir, il crée un pneumothorax extra pleural qui, agissant comme un pneumothorax vrai, permet au poumon de se rétracter, mais dans la seule région correspondant au décollement.

La pneumectomie pour la tuberculose ne paraît pas appelée à un grand avenir, car on ne peut songer à enlever qu'une lésion du premier degré bien localisée au sommet d'un seul poumon et les cas de ce genre guérissent bien souvent spontanément.

Quelques tumeurs du poumon secondaires à des cancers de la paroi thoracique ont été enlevées par Krönlein, W. Muller. Le plus souvent, l'intervention ne sera pas décidée d'avance, mais si au cours d'une ablation de tumeur siégeant sur la paroi, on s'aperçoit que celle-ci se prolonge dans la cavité thoracique, il ne faut pas hésiter à réséquer le nombre de côtes nécessaire pour atteindre le prolongement intra-thoracique. Ce sont seulement ces cancers par propagation que l'on peut raisonnablement songer à opérer.

Dans les cas de hernie traumatique non étranglée du poumon, la pratique la plus sage est d'opérer la réduction et de fermer la séreuse, après désinfection aussi soignée que possible.

Si la hernie est étranglée, toute tentative de réduction est coupable ; la seule conduite à tenir est la résection suivie de réduction du pédicules. La résection doit être faite aussi vite que possible. G. Lyon.

Sur le traitement mécanique des maladies de l'appareil respiratoire, par Steinhof. (*Berliner klinische Wochenschrift*, nos 38 et 39, 1896.) — L'auteur, tout en rendant justice aux découvertes bactériologiques, exprime le regret qu'elles aient fait tomber dans l'oubli certains moyens de traitement dont l'utilité est cependant incontestable.

Ainsi l'on paraît oublier qu'une prédisposition importante à la tuberculose est l'insuffisance de l'aération pulmonaire ; on néglige trop souvent la gymnastique passive du thorax qui a donné cependant de très bons résultats, dans les cas de tuberculose, et aussi dans les bronchites chroniques et à la suite des pleurésies.

G. L.

Des résultats de l'intervention chirurgicale dans les bronchiectasies, par d'Azincourt. (*Thèse de Paris*, avril 1896.) — La dilatation ampullaire ou sacciforme est de toutes les formes de bronchectiasie, celle qui retire le plus grand bénéfice de l'intervention chirurgicale, mais c'est de beaucoup la moins fréquente. Le plus souvent on a affaire à une dilatation en chapelet, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs dilatations bronchiques communiquant les unes avec les autres. Dans ce cas, il existe toujours une cavité plus volumineuse que les autres. C'est elle qu'il faut ouvrir et drainer.

L'intervention devient nécessaire quand l'état général devient franchement mauvais, que la température reste élevée, etc.

Le plus souvent il existe des adhérences pleurales ; si ces adhérences font défaut, il faut les créer, par exemple, au moyen du procédé recommandé par Roux (de Lauzanne). (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*. 1891.)

Podr atteindre le poumon, on a le choix entre l'incision sans résection costale et l'incision avec résec(ion ; le premier procédé est le plus souvent insuffisant ; d'ailleurs l'ablation des côtes facilite la rétraction du thorax indispensable dans certains cas pour que le succès opératoire soit complet. Une fois la cavité atteinte, on y place un drain. Faut-il ou non pratiquer les lavages ? Les uns les recommandent ; les autres sont d'un avis contraire. « Les liquides introduits dans un foyer en communication avec les bronches provoquent des acces de toux et d'étouffement redoutables. » (De Cérenville.)

D'Azincourt a trouvé dans la littérature 38 cas de bronchiectasie traités chirurgicalement. Ces 38 cas ont donné en bloc 28 guérisons et 10 morts. Sur les 28 opérés ayant survécu, 14 ont pu être considérés comme guéris ; 1 n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention ; les 13 autres ont été considérablement améliorés.

G. L.

Valeur thérapeutique des sels de potassium dans les affections cardiaques à la période de troubles de la compensation. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — Krivonogoff administrait à ses malades particulièrement du nitrate de potassium. Les effets favorables obtenus par ce traitement sont les suivants :

1° Les contractions cardiaques devenaient plus énergiques (ce qui se manifeste par l'augmenta-

tion du choc cardiaque, celle des ondes du pénis et de la pression artérielle).

2° S'il avait existé préalablement une différence entre le nombre de contractions cardiaques et celui des pulsations de l'artère radiale, cette différence ne disparaissait complètement ou diminuait considérablement.

3° Le pouls accéléré devenait plus lent sous l'influence du nitrate de potassium, les irrégularités diminuaient mais ne disparaissaient pas toutefois complètement.

4° Les phénomènes statiques dans les poumons, le foie et les reins diminuaient d'intensité et disparaissaient même totalement.

5° La quantité d'urines remise en vingt-quatre heures augmentait rapidement, ce que l'auteur attribue à l'augmentation de la pression sanguine.

6° Les œdèmes et l'ascite disparaissaient et le poids du corps diminuait.

7° La dysphée diminuait dès les premiers jours du traitement, le sommeil devenait meilleur, l'état général s'améliorait.

Dans quelques cas, les sels de potassium exerçaient une action purgative, mais la diarrhée ne persistait pas longtemps.

L'auteur n'a observé aucun accident ni aucun phénomène d'accumulation même chez les malades où le nitrate de potassium a été administré pendant un temps assez long. B. T.

Goitre exophtalmique traité par l'électricité galvanique, par Ralph. Spencer. (*Medical News*, 28 novembre 1896.) — L'auteur rapporte quelques observations de goitre exophtalmique traité par l'électricité galvanique et considère que l'électricité est un agent très actif et très bon dans la grande majorité des cas de maladie de Grave. A. C.

Maladies du système nerveux.

Dr A. SALLARD

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de certaines névralgies rebelles par la résection intra-durale des racines postérieures (*Acad. de méd.*, 19 janvier 1897.) — M. Chipault présente un malade qui était atteint depuis quatre ans d'une névralgie atroce du membre supérieur droit. Il avait épuisé en vain tous les modes de traitement, s'était soumis sans résultat à plusieurs opérations sur le nerf cubital et en était arrivé à absorber des doses fabuleuses de morphine pour n'obtenir qu'un soulagement très passager; aussi était-il dans un état de cachexie avancée. L'auteur par un examen minutieux s'assura que le territoire douloureux ne répondait pas à celui d'un nerf (cubital) comme on l'avait cru, mais à celui d'une racine rachidienne (la huitième). La seule intervention rationnelle devait donc consister dans la résection de cette racine postérieure. Cette opération fut faite (incision au niveau de la septième apophyse épineuse cervicale; incision de la dure-mère, section de la racine au ras de la moelle et à sa sortie de la dure-mère). M. Gley par l'électrisation de la racine antérieure correspondante, vérifia qu'il s'agissait bien de la huitième racine, en provoquant des contractions musculaires localisées au territoire correspondant. La plaie guérit sans encombre. Mais, surtout, le malade se sentit complètement guéri, dès le réveil chloroformique, et cette guérison se maintient depuis deux ans et demi. Aucun trouble moteur naturellement, et même l'anesthésie post-opératoire n'a duré que vingt-quatre heures à peine. Donc, la résection intra-durale des racines postérieures, constitue le traitement idéal des névralgies rebelles.

A. Sallard.

De la narcolepsie. (*Th. de Paris*, 1896.) — Dans cet intéressant travail Mlle Lesly étudie une curieuse affection qui a été appelée aussi maladie du sommeil. Elle consiste en crises de sommeil invincible surprenant les sujets qui en sont atteints au milieu des actes les plus divers de la vie courante (repas, marche, conversation) et durant habituellement de trois minutes à une demi-heure, rarement plus. Il s'agit d'un sommeil sans rêve, ne s'accompagnant pas parfois d'une résolution musculaire suffisante pour modifier la posture dans laquelle a été surpris le malade. Le réveil peut être provoqué par des excitations plus ou moins intenses suivant les cas; il survient du reste toujours spontanément comme dans le sommeil naturel; il n'y a pas d'amnésie, la conscience peut subsister dans une faible mesure durant certains accès. Les crises n'affectent aucune périodicité et se répètent habituellement plusieurs fois par jour, souvent un grand nombre de fois.

Fréquemment la narcolepsie est nettement symptomatique, liée à un état pathologique variable, soit à une affection nerveuse (hystérie, épilepsie, chorée, tics, neurasthénie, paralysie générale); soit à un état diathésique (arthritisme, goutte, obésité, gravelle), à la chlorose, à l'alcoolisme, à la syphilis, au paludisme, soit à

une affection organique (affections cardio-artérielles). Mais elle apparaît toujours à titre de simple épisode syndromique, tandis que la narcolepsie vraie (essentielle) affecte des sujets dont la santé est en apparence parfaite.

Le traitement de la narcolepsie symptomatique est celui de la maladie causale. La suggestion agit sur les crises de sommeil des hystériques; les bromures chez les épileptiques; le fer chez les chlorotiques. Chez un neurasthénique avec albuminurie et phosphaturie, M. Robin a réussi avec le traitement suivant :

1° *Hygiène* : Exercice progressif, vie au grand air, repos intellectuel.

2° *Régime* : Diminuer féculents et sucres, insister sur légumes verts, fruits. Supprimer les aliments phosphorés et potassiques, gélatineux, acides (sauf le jus de citron).

3° *Médication* : Huile de foie de morue, arsenic, phosphates alcalins et terreux, strychniques.

Une grande amélioration fut obtenue par le même auteur, chez un médecin polysarcique, par une cure à Brides complétée par le massage, les douches chaudes, l'entraînement progressif.

La narcolepsie essentielle est bien plus rebelle. Un grand nombre de tentatives thérapeutiques rationnelles ont échoué. L'électricité statique (bain électrique) a donné quelques succès relatifs. On a vu la maladie céder spontanément à la suite d'une épistaxis abondante, du retour au pays natal, dans un cas de Morton où les crises étaient conjurées par un effort de volonté, mais au prix d'une céphalée intense. Exen a réussi en tenant un de ses malades en veille, de manière à le secouer chaque fois qu'il cédait au sommeil. La suggestion peut réussir même hors de l'hystérie. De même, les inhalations d'oxygène, les bains d'air comprimé. A. Sallard.

Causes et thérapeutique des maladies nerveuses, par Curran Pope. (*Medical News*, 12 septembre 1896.) — On a attiré récemment l'attention sur la présence d'un excès d'acide urique dans les excretas de personnes atteintes de différentes formes d'affections nerveuses.

Quelques auteurs français ont même prétendu que les maladies nerveuses et la diathèse urique n'étaient qu'une seule et même chose. L'auteur pense que Hester et Horbaczewski ont raison de considérer l'acide urique comme dérivant de la nucléine, produit de la destruction des tissus et résultat de la fonction nerveuse; la présence de l'acide urique est le signe d'un trouble dans les fonctions digestives de la nutrition.

On observe beaucoup de troubles nerveux fonctionnels associés à une formation d'excès d'acide urique.

Au point de vue thérapeutique on doit se proposer d'éliminer d'abord; l'élimination doit précéder le traitement de nutrition. Parmi les troubles observés dans les affections nerveuses on doit considérer : 1° l'élimination; 2° la force nerveuse instable et défectueuse; 3° les troubles de nutrition; 4° l'irrégularité des fonctions vasomotrices.

Aucun agent thérapeutique n'est capable de répondre à ces indications.

Le massage présente des avantages dans certains cas particuliers. L'électrothérapie offre plus de ressources; elle est surtout utile pour parfaire un traitement; lorsque les éléments nerveux viciés ont été restaurés le patient s'aperçoit des avantages du traitement.

Les médicaments toniques nerveux et sanguins sont indiqués : strychnine, quinquina, fer, arsenic, zinc. A. Chassevant.

Résection du sympathique cervical des deux côtés pour goitre exophtalmique et pour épilepsie essentielle, par Th. Jonnesco (de Bucharest). (*Presa medicala Romana*, 22 novembre 1896.) — Après la section du sympathique cervical, pratiquée par M. Jaboulay et dont nous avons parlé à son heure, après l'extirpation du ganglion supérieur de ce même sympathique pour épilepsie, faite par Alexander, voici que l'on nous propose la résection de tout le cordon du sympathique cervical, avec ses trois ganglions. En l'opérant, grâce à ses connaissances anatomiques très précises, M. Jonnesco a obtenu une diminution du goitre et de l'exophtalmie. Pour l'épilepsie chez un des opérés, des accès qui se répétaient tous les huit ou dix jours ont totalement disparu depuis l'opération, chez les autres, les résultats sont plus incertains. Dans un cas ce chirurgien a joint à la résection du sympathique la ligature des vaisseaux vertébraux, proposé par Jaksch. La même intervention dirigée contre la chorée n'a en rien diminué les symptômes de la maladie. A ses nombreux détracteurs actuels, M. Jonnesco répond que tout peut être tenté contre des affections qui ont résisté à tous les traitements jusqu'à ce jour, à la condition de ne pas nuire aux malades, ce qui est son cas. Il s'est basé, pour intervenir, sur les lésions de sclérose que présente le cordon sympathique dans le goitre exophtalmique et sur l'influence de ce nerf sur la circulation cérébrale (vaso-constriction).

M. Jonnesco a également présenté des malades qui ont subi l'ablation de la rate malarique formant d'énormes tumeurs (4,500 et 5,750 grammes). L'urine, hypertoxique avant l'opération, devient hypotoxique après la guérison. Les accidents de cachexie palustre sont arrêtés

par la spléncetomie, qui ne semble pas trouver de contre indication dans le volume excessif de l'organe. Il importe, avant de se prononcer, d'attendre les résultats éloignés de ses tentatives hardies. AUG. B.

Résection du nerf cubital et du nerf médian pour des névromes généralisés. (*Acad. de méd.*, 19 janvier 1897.) — Dans un cas de névromes généralisés chez un jeune homme de 27 ans, M. PÉAN a dû procéder à la résection du médian et du cubital gauches, sur lesquels s'étaient développés des tumeurs variant du volume d'un œuf à celui d'une tête de fœtus provoquant des douleurs intolérables. Les suites de l'opération furent bonnes. Il y eut naturellement d'abord paralysie et anesthésie complètes dans le domaine de ces nerfs; mais ces phénomènes furent passagers, le mouvement et la sensibilité revinrent bientôt. Actuellement (après dix mois) le malade n'éprouve plus de gêne au niveau de son bras; il n'y a pas eu de récidive; les autres névromes se sont atrophiés. A. SALLARD.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX.

Ancien chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Rhinite hypertrophique, ses conséquences locales et générales, étude critique de son traitement (utilisation de la cocaïne et du nosophène), par DORISON. (*Thèse de Paris.*) — La rhinite hypertrophique est une affection sérieuse et qui non seulement ne doit pas être négligée, mais encore doit être recherchée, parce que l'on pourra éviter à l'enfant des déformations thoraciques, au jeune homme des accès d'asthme dont il se débarrassera d'autant plus difficilement dans la suite qu'il ne tardera pas à devenir emphysémateux, et à l'homme fait toute une longue série d'ennuis moraux et matériels, dont le moindre ne sera pas l'obligation dans laquelle il se trouvera peut-être un jour d'abandonner la carrière de son choix.

Jusqu'à présent deux méthodes seulement semblent avoir donné des résultats appréciables : la destruction de la muqueuse nasale, en bloc, par un curettage énergique ou moléculaire à l'aide de l'électrolyse d'une part et dans un genre plus doux, l'utilisation des propriétés vaso-constrictives de la cocaïne d'autre part. A. CASTEX.

Quelques nouveaux progrès dans le traitement de la rhinite atrophique, par RALPH. W. SEISS. (*Medical News*, 28 novembre 1896.) — L'auteur proscrit les douches nasales telles qu'on les pratique habituellement, il les considère comme inefficaces et souvent comme la cause des affections secondaires de l'oreille moyenne et des sinus; il prétend, que les formes variées des seringues employées et recommandées sont souvent la cause de traumatismes, à moins qu'elles ne soient maniées pas des mains habiles. Il recommande l'emploi de l'eau oxygénée pour débarrasser tout d'abord le nez des croûtes. L'auteur emploie en général un grain d'une solution à 3 0/0 pour chaque narine, il fait usage du pulvérisateur. L'effet immédiat est de remplir la cavité nasale d'une quantité de bulles qui rendent les croûtes si friables que leur extraction par simple pulvérisation devient facile. On doit faire usage d'un instrument donnant un jet abondant et une pression de 20 à 30 livres pour faire le nettoyage. La formule du liquide employé est sans importance pourvu qu'elle soit alcaline et antiseptique : acide borique, borax, chlorure de sodium. La pulvérisation doit être continuée tant que le nez laisse sortir des exsudats et que la muqueuse nasale n'est pas propre.

Lorsque le nettoyage est complet, le traitement le meilleur de la rhinite atrophique est le *massage*. On a beaucoup écrit sur ce sujet. Le but en est cependant simplement de stimuler la circulation et la réfection cellulaire. On ne doit jamais le pratiquer sur les parties malades ou enflammées. La meilleure méthode est d'introduire dans la cavité nasale un tampon de coton huilé qu'on amène en contact avec la muqueuse nasale, toute la surface est alors frottée rapidement et systématiquement, en ayant bien soin de ne heurter en aucun point.

L'emploi du courant faradique est encore une bonne méthode; on place dans l'intérieur du nez une électrode nasale longue qui peut être conduite par le nez jusqu'au voile du palais; on met cette électrode en contact avec le pôle positif, le pôle négatif étant placé soit au cou, soit dans la main du patient. La séance peut durer cinq à dix minutes. L'auteur préfère le massage.

Les stimulants qui donnent de bons résultats dans le traitement sont nombreux. On peut employer le thymol dissout dans l'eau alcoolisée ou glycérinée ou mieux dissout dans une huile de pétrole; cette solution se fait dans la proportion de trois à dix grains par onces.

L'europhène a donné des résultats très satisfaisants.

L'aristol, l'iodoforme sont moins avantageux que les deux premiers.

Le traitement doit être quotidien pendant plusieurs jours. Si on observe des complications inflammatoires dans la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne le meilleur traitement est l'emploi de la seringue-cathéter de la trompe d'Eustache. On doit éviter l'emploi de la poire de Politzer qui est dangereuse, et surtout ne l'employer que lorsque le nez est parfaitement nettoyé.

Le pronostic de cette maladie redoutable est très sombre, une légère amélioration est tout ce qu'on peut espérer dans les cas avancés; mais on peut obtenir une amélioration, une suppression de l'odeur, un arrêt de la maladie et empêcher les complications par un traitement patient continué non pas plusieurs semaines, mais plusieurs mois. A. CHASSEVANT.

Etude sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne, par PIAGET. (*Thèse de Paris*, 1896.) — 1° Comme toutes les cavités naturelles communiquant largement avec l'extérieur, le nez renferme des microbes. Mais on les rencontre surtout sur les points où vient se briser le courant d'air inspiré, c'est-à-dire dans le vestibule, sur la partie antérieure de la cloison, sur le cornet inférieur et la tête du cornet moyen.

2° Si l'examen bactériologique des fosses nasales décèle la présence de ces microbes dans le vestibule et le quart antérieur du nez, par contre, jamais, en se servant du spéculum de Zafal, M. Piaget n'en a rencontré dans la partie profonde, ou du moins ses cultures sont restées stériles.

3° L'ensemencement du mucus nasal recueilli sur la pituitaire des animaux (lapins, cobayes, chiens) paraît donner des résultats identiques. On peut donc dire que la cavité nasale proprement dite est normalement aseptique.

4° Différentes causes contribuent à cette asepsie : la structure intérieure du nez, l'action de l'épithélium cilié, et surtout *le pouvoir bactéricide du mucus nasal*. Comme la plupart des phénomènes d'ordre biologique, cette action bactéricide présente des variations d'intensité. Elle est absolue pour la bactéridie charbonneuse, très intense pour le bacille de Loeffler. Elle s'exerce enfin, mais avec une intensité moindre sur d'autres microbes (staphylocoques, streptocoques, coli-bacilles pyocyaniques, Eberth). Les faits expliquent d'une part l'innocuité des opérations intra-nasales, et d'autre part les conséquences parfois si graves de l'obstruction nasale.

A. CASTEX.

Etude de l'anatomie et de la pathologie des cellules ethmoïdales, par RANGLARET. (*Thèse de Paris*, 1896.) — L'étude de M. Ranglaret comprend une partie anatomique et une partie pathologique, dont il tire les conclusions suivantes :

Anotomie. — La partie anatomique renferme une classification nouvelle des cellules ethmoïdales, que l'auteur range en trois groupes : Le premier est constitué par un ensemble de cellules plus spécialement en rapport avec le sinus frontal et s'ouvrant dans la gouttière de l'infundibulum. Le second groupe de la bulle comprend des cellules qui débouchent dans la partie la plus élevée du méat moyen (gouttière de la bulle ethmoïdale). Le groupe postérieur s'ouvre directement et largement dans le méat supérieur. Cette division est basée sur plusieurs coupes et préparations sur le cadavre, exécutées par Ranglaret, et a un intérêt médico-chirurgical.

Pathologie. — La pathologie des cellules ethmoïdales comprend : 1° les inflammations aiguës ou chroniques; 2° les tumeurs bénignes ou malignes développées dans leur intérieur; 3° Les localisations d'affections générales telles que la syphilis et la tuberculose. Pour nous, la partie de la thèse traitant des inflammations est la plus intéressante; l'auteur préconise les traitements suivants :

Quand la suppuration est récente, d'autre part, quand le diagnostic est hésitant entre un empyème des cellules du groupe de l'infundibulum et un empyème de la bulle, on aura recours à la résection du cornet moyen, suivie de lavages méthodiques.

Dans les cas d'ethmoïdite ancienne, avec fongosités et carie empyème de l'ethmoïde le curettage s'impose : deux voies à suivre, nasale et orbitaire. La première présente une exécution difficile à cause de l'hémorragie, de la profondeur à laquelle on opère, des échappées dangereuses que l'on peut faire. Elle est justifiée cependant dans l'empyème limité de la bulle.

Mais dans tous les cas de suppuration totale de l'ethmoïde, dans les empyèmes limités des groupes antérieurs ou postérieurs, dans les suppurations latentes avec nécrose de l'os planum ou de l'unguis, on abordera l'ethmoïde par la voie orbitaire. Cette route permet une exploration plus discrète des cavités malades, une plus grande facilité pour enlever les polypes, os cariés, etc., un meilleur drainage. Le seul inconvénient résulte d'une légère cicatrice au niveau de l'angle interne de l'œil.

La technique opératoire est simple : incision large portant sur l'angle interne de l'œil, décollement du périoste en dedans des voies lacrymales qui sont réjetées en dehors, mise à nu de l'unguis, désinsertion du muscle de Horner et enfin décollement plus ou moins étendu de la lame papyracée. On effondre celle-ci avec une

curette, on nettoie, on draine et on suture les parties molles.

Cette voie permettrait d'atteindre les sinusites sphénoïdales compliquant les ethmoïdites postérieures; il en est de même des sinusites frontales, si fréquemment associées aux ethmoïdités chroniques. A. Castex.

Contribution à l'étude des empyèmes frontaux, par Ortega. (*Thèse de Paris*, 1895.) — L'auteur étudie les empyèmes frontaux aux différents points de vue de leurs causes, leurs symptômes, leurs lésions, et préconise le traitement qui suit:

Le cathétérisme peut donner des résultats dans les formes aiguës, récentes, entre des mains exercées.

Sinon, trépanation par la paroi antérieure; puis après, curettage des fongosités, établissement à la gouge d'une large perforation du plancher pour établir une communication facile avec les fosses nasales; puis après, inspection électrique, drainage par le plancher détruit, réunion par première intention. Le drain doit être maintenu tant qu'il y a suppuration: les lavages doivent être fréquents; on doit se défier du drainage par la gaze. A. Castex.

Les tumeurs rares du naso-pharynx; étude clinique et thérapeutique, par Monbougran. (*Thèse de Paris*, 1895.)— La partie thérapeutique de cette thèse comprend les conclusions suivantes:

De tous les procédés employés pour l'ablation des fibro-myxomes (compression, électrolyse, injections interstitielles, etc.) deux méthodes seules subsistent: l'extirpation a l'anse métallique et l'arrachement; et quand on fait une ablation, la voie nasale est préférable à la voie buccale.

L'incision du voile du palais a de moins nombreux partisans. Cependant elle est quelquefois très utile, nous dirons même nécessaire, par exemple quand on se trouve en présence d'une tumeur très volumineuse; elle facilite alors l'ablation et permet de faire une opération rapide et radicale.

Les restes du pédicule seront raclés à fond et cautérisés: on surveillera pendant un certain temps le siège de la lésion, non seulement avec le doigt, mais avec l'éclairage artificiel, afin de pouvoir enlever à temps les parties suspectes.

Dans les cas de tumeurs malignes, il faut s'efforcer, tout d'abord, de procéder à une ablation radicale et pour cela avoir recours à des opérations étendues et profondes, même au prix de grands délabrements.

L'extirpation par les voies naturelles est toujours incomplète, et on ne doit jamais perdre un temps précieux à la pratiquer. La méthode de choix, quand on fait une opération préliminaire permettant d'arriver sur la tumeur, nous semble être la voie maxillaire faciale préconisée par M. Quénu. Pour aussi large et aussi minutieuse qu'ait été l'ablation de ces tumeurs, il faut toujours craindre une récidive à plus ou moins longue échéance. En somme la guérison définitive est encore un fait assez problématique.

A. Castex.

Importance du diagnostic précoce et du traitement de l'inflammation de l'oreille moyenne, par Henry Fruitnight. (*Medical News*, 12 septembre 1896.) — L'auteur insiste sur l'importance du diagnostic précoce des inflammations de l'oreille moyenne et s'est bien trouvé dans sa pratique journalière de l'établissement d'un traitement actif précoce. Cette pratique lui a permis d'éviter souvent la surdité.

Avant d'établir le traitement il faut constater l'état de la muqueuse nasale et naso-pharyngienne, car c'est souvent une affection de cette muqueuse qui est l'origine de l'inflammation auriculaire.

Lorsque la membrane du tympan est très distendue, on doit la perforer pour atténuer les symptômes.

Lorsque l'otorrhée est séreuse, de simples lavages avec des solutions astringentes chaudes de sulfate de zinc ou d'acide borique suffisent; si elle est purulente on instillera huit à dix gouttes d'eau oxygénée dans l'oreille, on chasse ce médicament par un lavage abondant avec de l'eau stérilisée chaude.

Si l'écoulement est persistant on aura recours à des instillations d'une solution de nitrate d'argent.

Lorsque le malade présente des symptômes de syphilis, tuberculose, etc., on doit joindre le traitement général au traitement local.

A. Chassevant.

Corps étrangers de l'oreille, par Girard. (*Thèse de Paris*, 1875.) — L'auteur résume les préceptes classiques, pour le traitement des corps étrangers de l'oreille:

1° Ne faire aucune tentative d'extraction, avant d'assurer le diagnostic par la constatation de visu du corps étranger;

2° Commencer par les injections d'eau, qui dans l'immense majorité des cas, font sortir le corps étranger;

3° Dans des cas très rares et très particuliers, recourir aux pinces fines, aux crochets et le faire en guidant de l'œil la pointe de l'instrument et en étant très prudent;

4° Si le corps ne peut être extrait d'aucune façon, il faut avoir recours à la méthode sanglante sans attendre. Suivant le cas, on pratiquera l'incision rétro-auriculaire, selon les méthodes de Paul d'Egme ou de Troëltsch, permettant de décoller le conduit, ou bien l'opération de Stacke, si le corps est enclavé dans la caisse. A. CASTEX.

Extraction de corps étrangers de l'oreille. (*Med. Neuigkeiten*, 7 décembre 1896.) — SCHUH (de Munich) se sert de l'anse galvanocaustique tordue en spirale; à son extrémité il fixe un petit morceau de cire à cacheter, ou mieux d'un mélange à parties égales de colophane, de cire blanche et de cire à cacheter. L'anse est introduite, et sa petite boule de cire vient toucher le corps étranger : à ce moment, on fait passer le courant, sans aller jusqu'au rouge vif; la cire ramollie s'applique alors sur le corps étranger : on fait à nouveau passer rapidement le courant et on obtient ainsi une adhérence parfaite. On laisse ensuite refroidir la cire et l'extraction est aisément obtenue. Si le corps étranger est humide, il faut, au préalable, l'essuyer avec de l'ouate et le sécher au moyen du courant galvanocaustique. Pour extraire des perles de verre, on plonge l'anse dans de la cire à cacheter fondue, de manière à la recouvrir d'une couche mince, puis on introduit le fil de platine dans le trou de la perle de verre et on procède comme ci-dessus. E. VOGT.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Les engelures et leur traitement, par THIBIERGE. (*Journal des Praticiens*, n° 2, p. 17, 1897.) — Le traitement général des engelures doit tenir compte des conditions qui prédisposent à leur développement. L'huile de foie de morue, les préparations d'iode, d'iodure de fer et d'arsenic sont indiquées pour ainsi dire dans tous les cas.

Le sulfate de quinine, médicament vaso-moteur par excellence, rendra souvent aussi de grands services. M. Brocq s'est bien trouvé de l'association du sulfate de quinine et de l'ergotine à la dose de 10 à 20 centigrammes avec la poudre de digitale (1 à 2 centigrammes) et l'extrait de belladone (2 à 4 milligrammes) sous la forme de pilules dont l'emploi peut être prolongé tout l'hiver. Les inhalations d'oxygène qui activent les échanges nutritifs sont tout indiquées chez les sujets que l'état languissant de leur circulation prédispose aux engelures.

L'exercice régulièrement fait, la marche, la gymnastique, les affusions froides, les lotions générales excitantes seront également des moyens de prophylaxie extrêmement utiles.

Les mains doivent être couvertes, pendant le séjour à l'air, de gants suffisamment épais, en évitant cependant de se servir de gants de laine trop rude.

La toilette des mains, comme celle du visage, ne doit jamais être faite à l'eau froide, mais à l'eau chaude, et après la toilette, elles doivent être essuyées avec soin, jamais séchées devant le feu, mais poudrées à l'amidon ou au talc, pour enlever toute trace d'humidité.

Les chaussures doivent être suffisamment épaisses; lorsque l'hyperhidrose accompagne, comme cela est fréquent, les troubles asphyxiques, on recourra aux pédiluves répétés et on poudrera avec l'amidon où le talc, additionnés de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique. Les chaufferettes seront absolument proscrites; lorsque les pieds sont froids le mieux est de les frictionner avec un linge ou une flanelle légèrement chauffée.

Les bains locaux, légèrement tanniques (décoctions de feuilles de noyer, de feuilles de frêne, de feuilles d'eucalyptus, d'écorce de chêne, etc.), de cinq à six minutes de durée, constituent un moyen très utile pour prévenir les engelures, en augmentant la résistance de l'épiderme.

Les frictions légères avec une flanelle imprégnée d'alcool camphré sont également efficaces, ainsi que la pommade camphrée (camphre 5 grammes, vaseline 30 grammes).

Lorsque les engelures se sont développées et qu'elles sont constituées par des éléments rouges, avec peu ou pas d'infiltration dermique, les pommades à l'oxyde de zinc, additionnées d'une faible quantité d'acide phénique ou de menthol telles que les suivantes :

Oxyde de zinc.....	10 grammes.
Acide phénique.....	50 centigr.
Vaseline..... } Lanoline..... }	àà 15 grammes.

Oxyde de zinc.....	10 grammes.
Menthol.....	20 à 30 centigr.
Vaseline..... } Lanoline..... }	àà 15 grammes.

suffisent à calmer le prurit et à faire disparaître rapidement les lésions.

Si les éléments sont plus saillants, plus inflammatoires on recourra de préférence aux

pommsdes renfermant des sels de plomb, par exemple les suivantes :

Sous-acétate de plomb.	2	grammes.
Acide phénique	50	centigr.
Oxyde de zinc.....	15	grammes.
Vaseline ..... } Lanoline ..... }	ââ 20	grammes.
Sous-acétate de plomb.	2	grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	6	—
Laudanum de Rousseau	1	—
Vaseline ..... } Axonge ..... } Lanoline ..... }	ââ 10	—

Les collodions élastiques simples, ou additionnés d'iodoforme, de salol, et mieux encore le collodion à l'acétone :

Fulmicoton	3	grammes.
Acétone.....	20	—
Ether..... } Alcool..... }	ââ 10	—
Huile de ricin.....	4	—

forment d'excellents protecteurs pour les surfaces atteintes d'engelures et calment bien le prurit; mais ils ne doivent jamais être étendus ni sur les engelures ulcérées ni sur celles dont l'épiderme est soulevé par une collection liquide.

Lorsque les engelures résistent aux topiques précédents, les pommades au nitrate d'argent, les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au cinquantième, ou avec la teinture d'iode hâteront souvent leur résolution.

S'il existe des phlyctènes on les ouvre aseptiquement et on les panse avec la vaseline boriquée ou le liniment oléo-calcaire fraîchement préparé et additionné d'un ou deux centièmes d'acide phénique.

Si les engelures sont ulcérées, on doit, après lavage avec une solution faible de sublimé, panser à la vaseline boriquée ou recouvrir d'emplâtres non irritants : emplâtre à l'oxyde de zinc, emplâtre boriqué simple, emplâtre au dermatol, emplâtre rouge de Vidal. Si les ulcérations ne présentent pas de tendance à la réparation, on les touche tous les deux jours au crayon de nitrate d'argent ou à la teinture d'iode et on les panse à l'eau-de-vie camphrée, à la liqueur de Van Swieten étendue de moitié d'eau ou au vin aromatique. G. Lyon.

Traitement du lupus. (*Medicinskoïe Obosrenïe*, n° 22, 1896.) — Sapeisko, après avoir indiqué que le lupus, tout en étant une affection locale peut devenir la source d'une infection généralisée de l'organisme, recommande le traitement le plus énergique de toutes les régions malades. Mais comme les foyers morbides se trouvent parfois disposés si profondément qu'il est impossible d'y arriver soit avec la curette, soit avec des caustiques faibles, l'auteur conseille d'enlever ces foyers avec le scalpel, en les étendant jusqu'aux limites de la peau saine et pratiquant ensuite des greffes.

Sapeisko rapporte un certain nombre de malades atteints de lupus du nez et du visage chez lesquels le procédé qu'il préconise a donné de brillants résultats. B. T.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Un nouveau méfait de la ponction hypogastrique, par Taillefer. (In *Arch. méd. de Toulouse*, 1896, p. 457.) — Il s'agit de l'histoire d'un malade de 70 ans, chez lequel par suite de l'impossibilité du cathétérisme le médecin pratiqua la ponction hypogastrique. Celle-ci semble avoir été l'occasion d'un hématome de la cavité de Retzius assez étendu, mais le malade succomba à un état d'infection urinaire très avancé, malgré des cathétérismes réguliers. A ce propos l'auteur trouve que le médecin aurait dû faire la cystotomie de Poncet, et déclare que toujours celle-ci doit se substituer à la ponction. [Nous croyons que ces conclusions vont trop loin, et que la ponction doit rester dans la pratique courante, sans pour cela que la cystotomie en doive être exclue.] E. Chevalier.

Cystotomie sus-pubienne; suture totale; succès complet, par Audry. (In *Arch. méd. Toulouse*, 1896, p. 466.) — Histoire d'un malade auquel Audry fit une cystotomie exploratrice blanche, suivie de suture de la vessie à deux plans, et suture de la paroi abdominale à quatre plans, drainage de la cavité de Retzius pendant quatre jours et sonde de Pezzer pendant huit jours. Au bout de douze jours, guérison complète sans fistule. E. Chevalier.

Contribution à l'étude du traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 14 janvier 1897.) — Herhold ajoute aux trente-huit résections pour hypertrophie de la prostate des canaux déférents, qu'il a trouvé dans la littérature, trois cas personnels, dont un seul avec chloroformisation. Un des malades, âgé de 83 ans, mourut trois jours après l'opération de pneumonie hypostatique; dans les deux autres cas, la prostate diminua de volume dès les premiers jours qui suivirent l'opération. L'auteur estime que cette opération est destinée à remplacer complètement la castration et la prostatectomie, qui constituent des interventions beaucoup plus graves. E. Vogt.

Des hémorragies rénales sans lésions des reins. (*Soc. méd. Int. de Berlin*, décembre 1896.) — KLEMPERER cite des cas d'hématuries chroniques et d'hématuries aiguës (un officier, un vélocipédiste, un morphinomane hémophile, un homme de 26 ans, un nerveux, un cardiaque) où l'hématurie a cessé sous l'influence d'un traitement médical simplement. Donc dans ces cas il faut penser aux hématuries de causes angionévrotiques et n'avoir recours au traitement chirurgical qu'après avoir épuisé tous les traitements médicaux.

VON LEYDEN est de cet avis et conseille l'hydrothérapie et d'éviter le surmenage.

MENDELSON a vu des cas d'hématurie après un trauma très léger, un effort, ou à l'occasion d'oxalurie, mais KLEMPERER fait observer que ce ne sont pas là des hématuries essentielles.

NITZE considère comme exceptionnelles les hématuries essentielles proprement dites.

SENATOR dit qu'il faut prendre garde aux cas qui sont sous la dépendance de lithiase rénale.

EWALD a observé un cas d'hématurie hystérique. E. CHEVALIER.

Obstétrique.

Dr L. DÉMELIN.

Ex-chef de clinique à la Faculté de médecine.

De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta, par M. C. JUGE. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Le double but qu'on se propose, en cas d'hémorragie par l'insertion vicieuse, est d'arrêter l'écoulement sanguin et de hâter l'expulsion du fœtus.

Le tamponnement vaginal, avant l'ère antiseptique donnait de mauvais résultats : ainsi King donne une statistique de 85 femmes tamponnées avec 19 morts (22 0/0), et Müller cite le pourcentage de 21 0/0 de mortalité maternelle sur un ensemble de 161 cas. L'infection était la grande cause de mort.

Néanmoins, les statistiques de cette époque fournissent quand même d'utiles éléments d'appréciation sur l'efficacité du tamponnement aussi bien comme moyen hémostatique que comme agent provocateur du travail. Sur 128 cas de Müller, 16 fois le tampon subit un échec complet : 78 fois, la contraction survint :

Dans l'espace de une heure.....	5 cas.
Dans l'espace de une heure à cinq heures.....	22 cas.
Dans l'espace de six heures à douze heures.....	28 cas.
Dans l'espace de douze heures à vingt-quatre heures.....	9 cas.
Dans l'espace de vingt-quatre heures à quarante-huit heures.....	6 cas.
Dans l'espace de trois jours.....	5 cas.
Dans l'espace de quatre jours....	2 cas.
Dans l'espace de huit jours.....	1 cas.

Le tamponnement, d'après Juge est, dans près de la moitié des cas impuissant contre l'hémorragie ou incapable de provoquer le travail. En réunissant les différentes statistiques publiées dans des mémoires récents, Juge arriva à une mortalité maternelle de 26,8 0/0 et à une mortalité fœtale de 77,6 0/0 en moyenne.

La version bipolaire de Braxton-Hicks, qui e obtenu un succès rapide en Angleterre et en Allemagne donne une mortalité fœtale de, 78 0/0 et une mortalité maternelle de 6 0/0.

La rupture simple mais large des membranes, qu'il y ait ou non engagement de la présentation, a donné à M. Pinard 63 succès complets sur 66 cas. A la clinique Baudelocque, sur 73 cas d'intervention pour hémorragie par insertion vicieuse (de 1890 à 1895), 45 fois la rupture des membranes fut seule nécessaire et donna 45 succès immédiats contre l'hémorragie : 19 fois on fut obligé de recourir ensuite au ballon de Champetier, l'hémorragie continuant, ou la dilatation ayant besoin d'être rapidement complétée. Les résultats définitifs ont été, pour cette statistique, 2,74 0/0 de mortalité maternelle et 37 0/0 de mortalité fœtale.

« Le ballon de Champetier a été quelquefois placé en dehors de l'œuf, c'est-à-dire entre les enveloppes ovulaires et la paroi interne de l'utérus... Les résultats ont été médiocres. Cette manœuvre constitue néanmoins et malgré tout un puissant moyen de dilatation rapide du col, et, dans le cas, très improbable, où les membranes seraient inaccessibles et fuiraient devant la pointe du perve-membrane, on pourrait y avoir recours, à défaut de mieux.

« Introduit à l'intérieur de la cavité amniotique après large déchirure des membranes, le ballon de Champetier donne d'excellents résultats. Son action hémostatique est constante et certaine. De plus, il dilate le col avec rapidité et permet de terminer l'accouchement dans un temps très court.

« La rupture des membranes, combinée avec l'introduction du ballon de Champetier dans l'œuf même est indiscutablement bien supérieure au tamponnement. Elle est bien près d'être la perfection même. »

(Nous avons tenu à analyser aussi fidèlement que posible le travail de M. Juge. L'impartia-

lité de son jugement, fondé sur la seule observation des faits donne à sa thèse une réelle valeur scientifique.) L. Démelin.

Traitement du placenta prævia, par Heil. (*Congrès de Francfort*, du 21 au 26 septembre 1896; *Obstétrique*, 15 janvier 1897, p. 71.) — A la clinique d'Heidelberg, dans le cas de placenta prævia, on commence par ouvrir la cavité ammotique. Si la dilatation du col est complète, il n'y a pas matière à discussion sur la conduite à tenir. Pendant la grossesse ou quand le col n'a pas encore subi de dilatation, la méthode de Braxton-Hicks peut être employée lorsque l'enfant est mort ou peu viable et que l'état de la mère exige une prompte délivrance. Dans le cas contraire, le tamponnement est préférable au moins jusqu'à dilatation suffisante pour permettre l'extraction.

La statistique de la clinique d'Heidelberg porte sur 28 cas de placenta prævia, ayant donné 29 enfants. La mortalité maternelle a été de 14,2 0/0.

Des 28 mères, 14 eurent de la fièvre (10 tamponnements) et 14 n'en eurent pas (6 tamponnements). Des 29 enfants, 16 survécurent (45 0/0 de mortalité).

Sur 15 enfants à terme et vivants au début du travail, 11 furent extraits vivants par la version.

Huit fois la mère fut tamponnée jusqu'à dilatation complète ou à peu près; 1 seul enfant succomba; les 8 mères furent sauvées.

L. Démelin.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN.
Ex-interne des hôpitaux,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Idiotie myxœdémateuse chez deux enfants; traitement par ingestion de glande thyroïde du mouton. — Dans la séance du 22 janvier, M. Bourneville a ramené à la Société médicale des hôpitaux deux enfants âgés l'un de 4 ans, l'autre de 5 ans et demi, atteints d'idiotie myxœdémateuse qu'il avait présentés il y a un an avant tout traitement.

Ces enfants ont pris pendant une première période, du 18 janvier au 1er juin, puis du 1er au 31 juillet, soit 166 jours, quotidiennement une demi-lobe de glande thyroïde de mouton (environ 1 gramme). Une amélioration remarquable suivit ce traitement, mais peu à peu, après sa cessation, l'on vit les symptômes myxœdemateux, physiques et psychiques réapparaître. Le traitement fut alors réinstitué, et du 3 octobre au 31 décembre, soit pendant quatre-ving-neuf jours, les malades prirent 1 gramme, puis 1 gr. 25 de corps thyroïde. Les résultats obtenus sont des plus encourageants : la nutrition a été profondément modifiée : diminution de l'infiltration graisseuse, du volume de la langue, des lèvres, des paupières; disparition de la dyspnée, de la cyanose; régularisation des garde-robes; retour de la peau à l'état normal; développement de la croissance. Le poids a diminué régulièrement.

La tête a profité du développement général du système osseux. Toutes les dimensions se sont accrues et les fontanelles se sont rétrécies.

Les progrès qui se sont fait sentir dans l'ordre intellectuel sont aussi remarquables que ceux constatés dans l'état physique de ces enfants : ils sont gais, enjoués, affectueux et attentifs. La marche s'exécute maintenant d'une manière normale, et l'inertie a fait place au mouvement. E. Thiercelin.

Invagination chez un enfant de 7 mois, guérie par les injections sous pression, par W.-P. Northrup. (*Medical News*, 12 décembre 1896.) — L'auteur a employé les injections d'eau chaude, sous une pression de 5 pieds, pratiquées au moyen d'une sonde molle introduite de 4 ou 5 pouces dans le rectum d'un enfant atteint d'invagination toute récente. Un lavement d'eau chaude doit toujours précéder ce traitement; il permet le plus souvent, en amenant du sang au dehors, de préciser le diagnostic d'intussusception. Il n'est pas nécessaire d'employer l'anesthésie. Dans le cas actuel, il fallut *deux séances d'injection* sous pression, pratiquées le bassin élevé et les fesses serrées sur la sonde, pour arriver à faire disparaître, avec la tumeur facilement sensible dans l'hypocondre droit, tous les accidents qu'elle occasionnait. La première séance avait donné un résultat incomplet et l'on s'apprêtait, à regret, à faire la laparotomie, lorsqu'un deuxième essai fut couronné de succès. Aug. Benoit.

FORMULAIRE

Granulations exubérantes dans les cas d'ulcère variqueux.

Nitrate d'argent.....	50 centigr. à 1 gr.
Baume du Pérou....	10 grammes.
Vaseline.....	100 —

Usage externe. (Unna).

Topique contre l'intertrigo.

Tannoforme.	10 parties.
Talc pulvérisé.	20 —

M. s. a.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Académie de médecine. — A la séance de mardi, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. M. Fernet a été élu par 59 voix, contre 6 à M. Rendu, 3 à M. Chauffard, 2 à M. Troisier et 2 bulletins blancs.

M. le Dr Burot, médecin principal de la marine, pose sa candidature au titre de correspondant national (première division).

Faculté de médecine. — La Faculté a nommé M. Hutinel, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Dieulafoy, nommé précédemment professeur de clinique médicale.

Le Conseil de l'Université de Paris a approuvé dans sa séance de lundi, les désignations faites par la Faculté de médecine pour sa représentation au congrès médical qui doit avoir lieu à Moscou, au mois d'août 1897. La délégation sera composée de MM. Brouardel, Potain, Gariel, Hayem, Tillaux, Le Dentu, Pinard.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur : M. le Dr Empis (de Paris).

Officiers : MM. les Drs J. Guyot, Ranvier (de Paris); Boyer (médecin militaire); Yersin (médecin des colonies).

Chevaliers : MM. les Drs Barrault, Decori, Dureau, Schwartz (de Paris); Benoist (de Granville); Bouteiller (de la Ferté-Fresnel); Chénieux (de Limoges); A. Couvreur (de Seclin); Cros (de Lamalou-les-Bains); Hellet (de Clichy-la-Garenne); Joal (du Mont-Dore); Pasturaud (d'Etampes); Philip (de Grasse); Tafforin (d'Availles-Limouzine); Basin (médecin militaire); Depasse (médecin des colonies).

Association de la Presse médicale française. — Le 5 février 1897 a eu lieu le trente-cinquième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. Vingt-trois personnes y assistaient.

M. le Pr Terrier a été nommé pour remplacer M. Nicaise, dédédé (*Revue de Chirurgie*). M. Rousselet remplace, comme directeur de l'*Assistance publique*, M. Butte, démissionnaire. M. le Dr Huchard est nommé membre titulaire (*Journal des Praticiens*).

Sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. Crouzat (*Revue obstétricale internationale*) et Verneau (l'*Anthropologie*), MM. Olivier et Rousselet.

Le secrétaire général, après lecture de la correspondance, a communiqué à la réunion le résultat de ses démarches en ce qui concerne le Congrès de Moscou. Il a rappelé que des circulaires adressées antérieurement aux journaux associés ont fait connaître aux intéressés tous les renseignements fournis par le Comité russe.

L'Ordre des médecins belges. — Le Collège des médecins de l'agglomération bruxelloise a adopté le projet du Dr Cuylits. En voici les dispositions principales :

« Les membres de l'Ordre élisent pour six ans un Conseil de discipline, renouvelable par tiers, tous les deux ans, et qui est chargé : de veiller à la conservation de l'honneur de l'Ordre, de maintenir les principes de probité et de délicatesse qui sont la base de la profession, de réprimer ou de faire punir par voie de discipline, les infractions ou les fautes, sans préjudice de l'action des tribunaux, s'il y a lieu.

« Le Conseil peut infliger les peines qui suivent : 1° Avertissement; 2° Censure; 3° Réprimande; 4° Exclusion ou radiation du tableau; tout médecin qui, après avoir été trois fois réprimandé, encourrait la même peine une quatrième fois, sera de droit rayé du tableau.

« Aucune peine ne peut être infligée sans que l'inculpé ait été entendu; le médecin condamné peut toujours se pourvoir devant le Conseil disciplinaire supérieur, composé de cinq doyens désignés par le sort pour chaque affaire nouvelle. Les décisions du Conseil de discipline sont exécutées par le ministre compétent. »

Le service médical de nuit. — La cinquième commission du Conseil municipal s'est mise d'accord sur le principe d'un crédit global par quartiers, calculé d'après la moyenne des visites de nuit faites pendant les trois dernières années et à répartir au prorata des visites effectuées : mais, sur la proposition de M. Paul Strauss, le prix de 8 francs par visite, que l'administration avait adopté pour rester dans les limites de crédit, a été porté à 10 francs.

Le Conseil municipal sera donc appelé à voter une augmentation de crédit de 20,000 francs pour faire face à cette dépense.

La commission a décidé, en outre, que les recouvrements seraient faits, non plus par les médecins eux-mêmes, mais par les soins des percepteurs de la ville de Paris.

Les médecins, pour être inscrits, devront être pourvus d'un diplôme émanant d'une Faculté de médecine française. Il est toutefois fait une exception en faveur des officiers de santé actuellement inscrits.

Le préfet de police vient de réorganiser, à dater du 15 février, le fonctionnement du service médical de nuit à Paris, dans les conditions réglées par la cinquième commission municipale.

PETITE CHRONIQUE

La médecine et les gens du monde. — Le chiffre des journaux médicaux publiés en France et qui, dernièrement, était de 273, ayant paru sans doute insuffisant à quelques-uns, un nouveau vient de se fonder. Distribué à toute la population, médicale ou non, le nouveau-né, à qui il est inutile de faire de la réclame en le nommant, demande l'appui de ses aînés, la collaboration de tous, et annonce qu'il se livrera à cette grande œuvre : mieux faire apprécier le corps médical par le public, en s'adressant directement à lui, dont l'opinion, faite d'ordinaire par les organes parfois malveillants, incompétents toujours, de la presse politique, nous est trop souvent injuste et défavorable.

Il faudrait être un bien vieux crocodile pour ne point se sentir attendrir par tant de bonne volonté. Et cependant, comme le guillotiné, j'ai de la méfiance. Au fond, une feuille de chou de plus ou de moins, mon panier n'en est pas à cela près. Il en a vu bien d'autres. Elles naissent au printemps, s'anémient bientôt lamentablement par la défection aussi simultanée que rapide des collaborateurs lassés et du public indifférent, crachent bientôt les derniers louis de leur caisse et meurent à l'automne, comme de braves poitrinaires qu'elles sont, à l'époque fatidique de la chute des feuilles.

Par contre, ce qui ne nous est pas indifférent, c'est d'assister au développement croissant des petites feuilles envoyées ainsi à date fixe dans le public, prospectus que nous ignorons, car on a soin de nous oublier dans la distribution, qui nous font hausser les épaules, et qui, cependant, sourdement font leur œuvre. Cette œuvre est malfaisante pour le corps médical : il est grand temps de s'en apercevoir. Ces feuilles complètent le travail des livres, manuels, dictionnaires de médecine, etc., à l'usage des gens du monde, en l'aggravant singulièrement par le fait de la répétition périodique.

Le public adore lire ce qui touche à la médecine et aux médecins. Il lui semble qu'il pénètre dans les coulisses d'un temple. La première fois, il admire avec respect, l'ignorance lui tenant lieu de conviction ; à la seconde fois, il commence à faire l'entendu et à toucher à tout ; à la troisième, il blague et se charge de faire la leçon aux autres. En d'autres termes, et malgré la bonne volonté plus ou moins sincère du nouveau-né qui m'a amené à parler aujourd'hui de ces choses, cette soit-disant diffusion de la science dans le public ne sert qu'à faire éclore partout des thérapeutes de bonne volonté, dont la confiance en soi est, bien entendu, en raison inverse des lumières. Il y a toujours eu autour des malades des bonnes femmes donnant des recettes dont la bizarrerie avait du moins le bon côté de ne tromper personne sur la source de leur science : aujourd'hui, la commère tend à disparaître, du moins à la ville, et ce sont de braves dames, souvent encore jeunes, diplômées parfois d'une société de secours aux blessés, hélas ! bien déviée de son but, — de bons bourgeois, *très au courant*, ou des vieux garçons pleins d'expérience, qui interviennent au premier signe, distribuent l'antipyrine, le laudanum, etc. prescrivent telle spécialité, et entreprennent une espèce de massage qui tient le milieu entre les passes de Donato et les signes de croix... Quand le malade en a assez et qu'il se décide à appeler son médecin, l'ami n'abandonne pas la partie : il se tient près du chevet pendant votre visite, — nous l'avons tous vu ! — fait des objections discrètes, propose même avec aplomb l'emploi du sirop de Untel ou des pilules de Chose, et quand vous serez parti, si vous n'avez approuvé en tout son bavardage, vous ar-

range de la belle manière auprès de votre client, qu'il détachera de vous, un jour ou l'autre, soyez en sûr, pour amener à votre place quelque jeune confrère plus complaisant.

Ce que le médecin y perd en autorité, en prestige, en sécurité dans sa clientèle, je n'ai pas besoin de le démontrer : consulté moins souvent, puisque l'amateur se charge des « premiers soins » (voir le diplôme de la Société précitée), appelé quand le mal est déjà avancé, c'est-à-dire trop tard, et quasiment en consultation avec l'infernal lecteur de la *Médecine pour Tous*, de l'*Hygiène des Familles*, ou tout autre prospectus du même genre, — le médecin, discuté à propos de chacune de ses ordonnances, combattu sourdement par le conseiller familier du malade, n'est plus, comme jadis, l'homme de confiance de celui-ci, gardien des secrets de son corps : au premier échec thérapeutique, il est remplacé. Dès lors, devant l'instabilité de la clientèle, naît le désir de l'étendre pour regagner en surface ce qu'elle perd en profondeur, et nous assistons à l'écœurante chasse au client, à la lutte de réclame, à la chute du niveau moral de la profession, à toute cette dégénérescence dont souffre le monde médical actuel.

Voilà de bien grands mots, me direz-vous, pour une pauvre petite feuille dont l'auteur n'a sans doute pas cherché si loin, visant surtout la joie de voir son nom imprimé sur une manchette, ou plus souvent, il faut bien le dire, les appointements que lui sert le commanditaire pharmacien, dont il nomme le produit impudemment au bas d'une leçon de Jaccoud ou de Potain, extraite des grandes Revues, avec quelques coupures de celles-ci pour achever de remplir ses pages.

Tout cela est bel et bien, mais c'est avec la satisfaction de quelques intérêts particuliers de ce genre qu'on gâche ceux de toute une profession. Pour un pauvre diable que telle kola plus ou moins granulée aura enrichi à chanter ses louanges dans une de ces revues pour les « gens du monde, » tout le corps médical est atteint dans ce qui est une de ses forces vives, le prestige auprès de son malade. Trop de causes aujourd'hui convergent vers ce même résultat pour que nous n'ayons à cœur d'en dépister au moins une nouvelle.

Qu'y faire, me direz-vous? La thérapeutique des maux de la profession n'est pas plus facile que l'autre, hélas! Il y a ici, comme en pathologie, telle imprudence qui une fois commise, entraîne toute une évolution de phénomènes que nous ne pouvons que regarder se dérouler sans illusion. Du côté du médecin il y a peu de chose à faire, sinon lui signaler le danger et l'inviter à faire tous ses efforts pour ouvrir les yeux du public sur le but purement commercial de ces feuilles qui ne sont que de simples réclames.

Ce qui lui est facile, par exemple, c'est de refuser son enthousiasme, quand on le lui demande d'autre part, aux drogues patentées qui essaient de forcer la confiance du public par ces procédés : frapper à la caisse serait encore le plus sûr moyen de décourager les ingénieux commanditaires de l'affaire. En ce qui concerne la presse médicale, il faudrait pouvoir interdire aux rédacteurs chargés des ciseaux qui servent d'écritoire à ces singuliers confrères, la faculté de reproduire des coupures, des citations de notre texte, avec lequel ils arlequinent le leur. Il y a longtemps que nous demandons à faire respecter la propriété littéraire des revues scientifiques, propriété dont on se débarrasse trop facilement par une simple citation (et encore!) Malheureusement il n'y a rien à faire jusqu'ici : nous y arriverons cependant, car la question est mise sérieusement à l'étude, mais pour le moment aucune entrave légale au pillage n'existe de ce côté.

Ma première idée était la meilleure. C'est au médecin à faire lui-même sa police. Qu'il se le tienne pour dit. Aussi pourquoi avons-nous renoncé en France, et seuls au monde, à formuler nos ordonnances en latin? Ouvrir toutes grandes les portes du sanctuaire n'est pas le moyen de se débarrasser des importuns et des parasites. Il nous reste encore, il est vrai — mais ce sera bien dur! — la ressource des noms chimiques modernes, qui défient heureusement toute vulgarisation intempestive : diméthyloxyquinizine pour antipyrine, disulfondiméthylméthane pour sulfonal, etc. Aux grands *mots* les grands remèdes... et réciproquement. H. V.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à la pratique gynécologique, 1er fascicule, par A. Doléris ; 2e fascicule, par A. Doléris et R. Pichevin. 2 volumes de 320-537 pages. Rueff, Paris, 1896.

La publication du beau livre de M. Doléris a été un véritable événement dans le monde des gynécologues. Il y a longtemps en effet que l'auteur, en de nombreux mémoires dont plusieurs eurent un retentissement considérable et furent le point de départ de controverses passionnées, tel son travail sur l'*Endométrite et son traitement*, — dans ses leçons si suivies de l'ancienne clinique de la rue de Navarre, dans ses conférences de l'Hôtel-Dieu en 1894, dans de nombreuses causeries improvisées à la fin d'opérations ou au lit du malade, avait fait connaître par fragments les idées si personnelles qui lui ont permis de bouleverser, on peut bien le dire, dès son entrée dans la carrière, la gynécologie française d'alors. Mais jusqu'ici, toutes ces idées répandues, de divers côtés, non sans souvent germer sur place et porter leurs fruits, n'avaient pas encore été réunies par M. Doléris en un corps de doctrines, en un volume définitif, consécration indispensable de l'œuvre. Ce volume, sur le chantier depuis de longues années, annoncé à diverses reprises, vient enfin de paraître, ou du moins le premier volume de l'ouvrage, sous le titre d'*Introduction à la pratique gynécologique*. Ce premier volume comprend lui-même deux fascicules publiés presque en même temps. Le premier (*Inflammation de l'appareil génital de la femme, pathologie et thérapeutique générales*) est dû à la plume de M. Doléris seul. Pour le second (*Diagnostic gynécologique : technique des moyens d'exploration et des méthodes spéciales de traitement*), l'auteur s'est adjoint la collaboration d'un de ses anciens élèves, M. Pichevin. D'autres fascicules sont en préparation et nous feront connaître les inflammations en particulier (métrites, salpingites, etc.), les déviations et les néoplasies.

Ce premier volume fait bien augurer des autres et répond favorablement, j'ai hâte de le dire, à l'attente qu'il avait éveillée. Mis au courant des recherches les plus récentes de la bactériologie, comme de la technique opératoire, il donne, sous une forme très claire, très précise, et avec une merveilleuse méthode de classement, tout ce que promet son titre : *Introduction à la pratique gynécologique*.

Il n'y faut point chercher un manuel plus ou moins complet où le plus novice pourra, après lecture de quelques pages, se croire en mesure de réaliser telle intervention chirurgicale ou de poser tel diagnostic : ce n'est pas davantage un compendium visant avant tout le record du nombre des indications bibliographiques, à l'usage des bâcleurs de thèses et de mémoires dits originaux : les amateurs de *questions* toutes faites ne trouveront point ici leur compte. Et cependant c'est un livre que tout gynécologue doit lire. La forme, très personnelle, adoptée par l'auteur, se rapproche plutôt de la manière des anciens cliniciens, qui, tout bonnement, exposaient ce qu'ils avaient vu, — très méthodiquement, mais sans afficher pour cela de classifications solennelles ni de vastes tableaux dichotomiques, — très simplement, tout en étant merveilleusement renseignés, ne discutant et ne citant que ce qui en valait la peine, — parlant souvent de leur propre pratique, non pour se mettre en avant, mais pour être sûrs de ne parler que de ce qu'ils connaissaient bien, — rappelant volontiers les discussions qu'avaient soulevées leurs idées à leur première apparition, mais bien plutôt pour donner la mesure du chemin parcouru depuis la lutte que pour prendre un vain plaisir à compter les morts.

C'est donc la forme un peu ancienne, mais si savoureuse des leçons de Gallard, de Simpson, des maîtres d'il y a cinquante ans, que le livre si personnel de M. Doléris me rappelle et non sans charme. Il est bien difficile d'en détacher un chapitre et de s'en contenter, il faut lire tout le livre.

Dans sa préface, après avoir retracé la carrière si brillante de l'école gynécologique française d'il y a quarante ans, M. Doléris déplore qu'aujourd'hui, seule, la France n'ait pas d'enseignement gynécologique organisé, la spécialité étant revendiquée à la fois par les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs, alors qu'en Allemagne la réunion de la gynécologie à l'obstétrique a fait naître entre les mains de Braun, d'Hégar, de Freund, d'Olshausen, de Schrœder et de Martin une école brillante et féconde.

Entrant alors dans le vif du sujet, M. Doléris, avant toutes choses, définit l'*inflammation* des

organes génitaux, phénomène qu'il envisage comme fonction constante de l'*infection* et dont il étudie les foyers primitifs ou secondaires, les métastases, le conflit avec les diathèses, etc.

Vient ensuite une anatomie, rapide mais très précise et riche en indications neuves, des organes génitaux féminins.

M. Doléris aborde alors l'étude des inflammations, qu'il range en banale, puerpérale et blennorhagique, — idée qu'il a souvent exprimée depuis longtemps : chacune d'elles est étudiée à part, avec un exposé des plus complets de la partie bactériologique, puis l'étude de la migration et des localisations de l'agent pathogène, enfin la description du traitement faite de main de maître et avec tous les développements que la question comporte : on retrouvera là, dans maint chapitre, dont je ne puis malheureusement donner l'analyse spéciale, l'écho des luttes désormais historiques qui eurent lieu à l'apparition de la curette dans le traitement de l'infection puerpérale, lutte dont Doléris resta le triomphateur aujourd'hui incontesté, plus loin l'exposé des discussions capitales qui se sont déroulées dans les récents Congrès à propos du traitement conservateur, du choix de la voie opératoire pour les suppurations pelviennes, etc., etc. Il faudrait tout citer.

Le deuxième fascicule, consacré à la *Pratique gynécologique*, décrit, à un point de vue plus spécial et plus en dehors des discussions de doctrines, les moyens d'exploration qui s'offrent au gynécologue et la technique des méthodes générales de traitement. Un long et minutieux chapitre est consacré à la pratique ou plutôt aux pratiques de l'antisepsie et de l'asepsie, un autre à l'anesthésie. Puis vient l'examen de la malade, la marche à donner à l'interrogatoire, la position du sujet : le toucher, le palper, l'énumération critique des instruments : spéculum, pinces, hystéromètres. Un autre chapitre étudie les méthodes chirurgicales d'exploration : dilatation, curage explorateur, endoscopie, laparotomie exploratrice, incision vaginale.

La deuxième partie du fascicule nous fait aborder la séméiologie générale, et nous y voyons étudiés successivement, au point de vue clinique, et jugés au point de vue symptomatique, la douleur, les troubles sécrétoires, l'hémorragie, l'aménorrhée. Puis viennent les symptômes de voisinage et enfin les symptômes généraux, neurasthénie, etc.

La troisième partie est consacrée à la technique de quelques méthodes thérapeutiques générales : électrothérapie gynécologique, massage, hydrothérapie balnéothérapie ; tous ces chapitres, chacun dans leur sphère, sont extrêmement complets et traités avec une compétence parfaite.

On voit, par ce rapide exposé, toute l'originalité du plan adopté par M. Doléris, plan qui différencie son ouvrage de tous ceux qui se sont occupés de ces questions jusqu'ici, en plaçant le lecteur à un point de vue absolument nouveau : il s'endifférencie plus encore peut-être par la note de sincérité et de franchise qui frappe le lecteur à chaque page : très nettement M. Doléris dit, en maint endroit, qu'il ne parle pas de tel ou tel procédé, parce qu'il n'en a pas l'expérience, de telle substance parce qu'il ne la connaît pas. C'est l'application rigoureuse du *quod scripsi vidi* qui, en science, doit être la devise des honnêtes gens.

R. Blondel.

Le propriétaire-gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le lait dans l'alimentation journalière. — Les récents travaux de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ont démontré deux faits qui intéressent au plus haut degré la santé publique :

1° La tuberculose existe dans presque toutes les étables d'une façon permanente ;

2° Le bacille de Koch se développe dans le lait des animaux atteints de tuberculose et l'absorption de ce lait transmet la maladie à l'homme.

La conclusion de ces faits s'impose : il ne faut jamais consommer de lait qui n'ait pas été préalablement soumis à la stérilisation.

Bien des personnes, plus ou moins au courant des questions encore mal élucidées de prédisposition, de diathèses, etc., se croient, sous un prétexte ou sous un autre, à l'abri de la plus meurtrière des maladies. Mais cette immunité, très discutable, d'ailleurs, est fort variable ; plusieurs affections (variole, grippe, etc.) diminuent dans de notables proportions la résistance organique contre les atteintes du bacille, et, même en dehors de ces conditions, on ne peut jamais affirmer que tel ou tel sujet présentera toujours une résistance également parfaite.

D'autre part, que le lait non stérilisé représente un véhicule important pour la transmission du contage, cela ne saurait être aujourd'hui nié. Les preuves surabondent, mais nous nous permettrons d'insister sur un exemple bien fait pour frapper les moins convaincus.

On a signalé en effet, depuis longtemps, la rareté de la tuberculose en Chine ; tous les médecins européens qui ont eu à donner leurs soins à des Chinois ont pu le constater.

Quand on songe aux effroyables conditions hygiéniques que l'on rencontre dans les quartiers pauvres des villes de l'Empire du Milieu, où toutes les épidémies se développent comme des traînées de poudre, on ne peut comprendre, au premier abord, à quoi tient cette immunité pour la tuberculose. Ce n'est point une question de race, car les Japonais et les Annamites sont atteints par la tuberculose comme les Européens, ni une question de climat, car les mêmes faits s'observent en Mandchourie comme à Canton. Or, le Chinois présente dans son régime une particularité qui le distingue des autres peuples d'une façon toute spéciale : *il ne boit jamais de lait*, de peur paraît-il, d'arriver à ressembler, physiquement et moralement, à l'animal qui le fournit. Cette superstition générale, chez les Chinois, et qui n'existe ni au Japon ni en Annam, excite habituellement la risée de leurs voisins comme des civilisés. Mais il n'est pas impossible que cette croyance ait été suggérée à la population par quelque antique philosophe, que les dangers de l'alimentation lactée, constatés empiriquement, avaient frappé, et qui pensa arriver plus facilement à faire partager ses convictions à son entourage en les couvrant du voile du merveilleux, comme le législateur de la loi mosaïque a su préserver ses coreligionnaires de la lèpre, de la ladrerie, de la trichinose, et peut-être du cancer, en leur interdisant, par ordre divin, l'usage de la viande de porc.

Pour en revenir aux Chinois, devant un pareil résultat, devant la chance d'arracher à la mort les malheureux qui succombent chaque année, en France seulement, par cent mille et plus, sous l'implacable bacille, on peut se demander si l'adoption d'un pareil régime ne vaudrait pas la peine d'être tentée parmi nous. Malheureusement, il y aurait là un bouleversement trop complet dans la base même de notre alimentation, et seul un nouveau prophète pourrait l'imposer comme Mahomet jadis sut interdire l'alcool à tout l'Orient. Mais, grâce à Dieu, une telle révolution n'est pas nécessaire, puisque nous avons les moyens de pouvoir transformer par la stérilisation le lait le plus virulent en breuvage inoffensif. C'est tout simplement dans l'usage exclusif du lait stérilisé qu'est le remède, remède simple, bien facile à mettre en pratique et qui serait déjà depuis longtemps répandu plus complètement parmi nous, si le public n'était encore sous l'impression de cette idée aussi préconçue que maladroite, que le lait stérilisé n'est indispensable que pour l'alimentation du premier âge.

Il est certain que les premiers laits stérilisés fournis par le commerce ont été défectueux et leur usage tant soit peu rebutant, la couleur, le goût du liquide étant complètement dénaturés par une opération inhabilement pratiquée : de là la tendance à le regarder comme un remède, réservé aux malades, ou comme un mode exceptionnel d'alimentation, bon pour les enfants au palais encore indifférent.

Nous ne pensons pas que beaucoup de ménagères se soient jusqu'ici décidées à remplacer, sans y être forcées, un liquide de saveur fraîche par les mixtures sentant le brûlé, remplies de grumeaux peu appétissants, qui constituent trop souvent les produits de la stérilisation commerciale du lait.

A la ferme de Bessemont, près Villers-Cotterets (Oise), on a pris, en présence de ces résultats, une résolution presque téméraire. Au risque de voir la clientèle abandonner son dépôt parisien (faubourg Montmartre, n° 54), le propriétaire a décidé, pour éviter toute possibilité de contagion bacillaire et pour répondre aux idées pastoriennes avec lesquelles il n'y a plus à transiger aujourd'hui, de ne plus mettre en vente que du lait stérilisé, étant parvenu, comme nous allons l'expliquer, à le préparer sous une forme absolument satisfaisante. C'est là une initiative courageuse dont il faut le féliciter. Voici comment on opère à Bessemont :

Le lait, aussitôt après la traite, sans être privé d'aucune partie de sa crème, ni mélangé à aucune substance étrangère, est versé dans des bouteilles nettoyées avec le plus grand soin : ces bouteilles, aussitôt remplies, sont enfermées dans un autoclave dans lequel on introduit un jet de vapeur, et soumises pendant quarante à cinquante minutes à une température de 100° à 106° centigrades : Tous les éléments de fermentation et les bacilles de Koch sont ainsi détruits, le chauffage étant fait *sous pression*, le lait supporte cette manipulation *sans bouillir*. Le bouchage des flacons se fait automatiquement dans l'intérieur de l'appareil : dès que la pression baisse, le vide est obtenu d'une façon complète, et l'air ne peut plus venir contaminer le liquide : la conservation du lait est ainsi obtenue pour un temps indéterminé.

Le lait ainsi traité n'est en rien dénaturé, il conserve toute la saveur et toutes les qualités du lait fraîchement trait, mais toute possibilité de transmission de maladies communes à l'homme et au bétail par son intermédiaire est sûrement écartée.

Il faut ajouter que dans les conditions où l'on opère à Bessemont, la perfection de la stérilisation est d'autant plus aisée à obtenir que le lait, au naturel et avant toute manipulation, se trouve déjà dans des conditions de pureté dont beaucoup d'hygiénistes pourraient se contenter : les animaux sont soumis à une surveillance constante et rigoureuse au point de vue de leur santé, leur installation est conforme aux règles de l'hygiène la plus sévère et de la propreté quasiment scientifique, leur alimentation choisie scrupuleusement. Malgré ces conditions excellentes, on a tenu à assurer encore à ce lait, certainement parfait, le bénéfice de l'absolue sécurité que donne seule la stérilisation, et l'on pourrait croire toutes les précautions précédentes inutiles, si l'on n'en retrouvait le fruit dans la facilité avec laquelle le liquide conserve toutes ses qualités de pureté et de fraîcheur après l'opération.

C'est joindre l'utile à l'agréable, et les appareils perfectionnés actuels permettent de présenter sous cet aspect, en somme très favorable, la solution du problème que nous énoncions d'abord. Nous sommes convaincus que peu à peu toutes les exploitations agricoles prendront la même détermination, et nous considérons qu'il serait du plus haut intérêt de faire dans ce sens quelques expériences rigoureusement scientifiques. Il ne manque pas, en France, d'établissements hospitaliers, d'asiles, de refuges, de prisons, où l'emploi exclusif de lait stérilisé, préparé avec des appareils perfectionnés, pourrait être essayé, et c'est là un côté de la question à recommander tout spécialement à l'attention de l'Administration.

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

CARNAVAL DE NICE

Tir aux Pigeons de Monaco

BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE 1re CLASSE

DE PARIS A NICE

VALABLES PENDANT 20 JOURS Y COMPRIS LE JOUR DE L'ÉMISSION

Viâ Dijon, Lyon, Marseille... 182 fr. 60

Faculté de prolongation de deux périodes de 10 jours moyennant un supplément de 10 0/0 pour chaque période.

Billets délivrés du 16 au 28 Février 1897 inclusivement et donnant droit à un arrêt en route tant à l'aller qu'au retour.

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et de Paris-Nord ; dans les bureaux-succursales de la Compagnie P.-L.-M. ainsi que dans les agences de voyages Cook et fils, Voyages Economiques, Wagons-Lits, Gaze et fils, Lubin, Société française des Voyages Duchemin et Desroches.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anurie chez un albuminurique; hydrothorax double et œdème pulmonaire suraigus; désintoxication du sang; guérison en douze heures.

Par le Dr Henri Barré.

M. Henry C..., professeur, 35 ans, marié, père de trois enfants encore jeunes.

Père mort à 50 ans, à la suite d'albuminurie et d'anasarque, en août 1888.

Mère morte d'anasarque également, à 50 ans, en décembre 1891.

Bonne santé habituelle, cependant depuis quatre ans est sujet tous les ans, durant un ou deux mois de l'été, à une éruption eczémateuse assez intense, qui d'abord survenue aux mains, s'est attaquée plus tard aux jambes.

Depuis quelque temps déjà le sommeil de M. C... était agité, entrecoupé de cauchemars ; le matin, le malade rendait souvent des glaires, avait même parfois de véritables vomissements : symptômes d'éthylisme, qu'expliquaient certaines habitudes du malade.

Le 1er août, on consulte le Dr Stroverakis, qui dit ne rien constater d'anormal, mais qui cependant étant obligé de s'absenter, conseille le régime lacté exclusif.

Malgré ce régime, les malaises augmentaient toujours; le malade étouffait par moments; il était nerveux, se levait, se couchait, se relevait encore, ne pouvant conserver longtemps la même position.

Vendredi 7 août, le malade s'alita tout à fait. Jusqu'ici on n'avait pas examiné les urines; le Dr Spordilis, ami de la famille, s'étant défié de quelque chose de ce côté et les ayant examinées avec soin, y constata la présence d'une grande quantité d'albumine.

On fit venir le Dr L..., qui ordonna quinze gouttes de solution de digitaline de Mialhe, à prendre en deux fois le soir, et à minuit, en plus, une pilule de 4 centigrammes d'extrait thébaïque.

Mais, dans la nuit, l'état du malade, loin de s'améliorer, empira subitement; si bien que le samedi matin 8 août, on manda en toute hâte le Dr Tison, médecin de l'hôpital Saint-Joseph. Celui-ci le trouva étendu dans son lit, baigné de sueurs froides et en proie à une gêne considérable de la respiration; des râles remplissaient toute la poitrine et s'entendaient à distance; à la percussion on constatait une matité absolue des deux côtés et dans toute l'étendue de la poitrine jusque sous les clavicules; à l'auscultation, silence

absolu de la respiration et bruits du cœur imperceptibles ; pouls très faible, incomptable. Pas de délire, pas de coma, aucune élévation anormale de la température. *Anurie* complète depuis la veille. Cyanose, collapsus, asphyxie imminente.

Le Dr Tison diagnostiqua immédiatement : hydrothorax double et œdème pulmonaire suraigus par anurie chez un albuminurique.

La gravité de la situation ne permettant pas de retard, le Dr Tison voulut bien se rappeler la méthode de la *désintoxication du sang* que je lui avais exposée autrefois et me fit l'honneur de m'appeler pour l'appliquer à son malade. Que l'on veuille bien me permettre de rappeler en peu de mots en quoi consiste cette méthode :

Elle consiste à retirer de la veine d'un bras une certaine quantité de sang, à l'aide d'une ponction aspiratrice avec l'appareil du Pr Potain et à injecter *en même temps* dans la veine de l'autre bras une *égale* quantité de sérum artificiel de Hayem, convenablement stérilisé.

Comme je l'ai déjà fait remarquer dans une courte note lue à la Société de thérapeutique, le 27 mai dernier (1), voici les avantages de cette *contemporanéité* de la saignée aspiratrice et de l'injection de sérum artificiel :

« 1° Il y a élimination de l'*excès* de toxines qui faisait le danger immédiat. D'où disparition rapide des phénomènes menaçants, comme dans les saignées ordinaires le plus souvent.

« 2° Mais celles-ci ont *deux* inconvénients qui peuvent expliquer le peu de persistance de leurs bons effets : le *premier* c'est que la masse sanguine, étant diminuée de volume, tend à se reformer, aux dépens des liquides de l'économie, ce qui peut occasionner et occasionne parfois une *rentrée* de toxines dans la circulation ; le *second* inconvénient c'est que, en tous cas, la *pression artérielle* étant *diminuée* c'est là un nouvel *obstacle à la diurèse*. Dans la *désintoxication du sang*, au contraire, la masse sanguine n'est pas modifiée comme quantité, donc pas de rentrée de toxines; donc aussi pas de diminution de la pression artérielle, ce qui est une des causes qui favorisent le plus le rétablissement de la fonction urinaire, qui, elle, achèvera de purifier l'organisme.

« 3° Il en est une autre, c'est qu'à la suite de l'élimination d'une certaine quantité de toxines, dont quelques-unes paraissent avoir une *action inhibitrice* sur la sécrétion urinaire, les toxines restant dans le sang se trouvent *diluées* et n'exercent plus autant cette action nuisible sur le fonctionnement des reins. »

D'un autre côté, grâce toujours à cette *contemporanéité* de la saignée et de l'injection de sérum, on n'a pas non plus les inconvénients des injections massives de sérum artificiel, soit *seules* (*lavage du sang*), soit *précédées* d'une petite saignée (*saignée-transfusion*).

En effet, à la suite de ces deux opérations, comme on le constate dans toutes les observations publiées, on observe une aggravation (2) de l'état du malade, *momentanée* il est vrai, mais souvent inquiétante pour l'entourage du malade et le médecin. Bosc (de Montpellier), qui cependant en est partisan, le reconnaît lui-même et l'appelle un *véritable orage*. Ce qui est plus sérieux, c'est que le médecin est réduit à souhaiter la venue

(1) Cette note a été publiée *in extenso* dans la *Revue de thérapeutique* du 1er juin 1896 et dans la *Revue médicale* du 30 mai 1896.

2 « Chaque lavage fut suivi d'un frisson d'une violence inouïe et d'une élévation de température qui monta jusqu'à près de 42° », nous dit Dalché dans une communication lue le 5 janvier dernier à la Société médicale des hôpitaux.

de cet orage, car si cette réaction, parfois terrible, avec *frisson violent*, ne se produit pas, le *pronostic est fatal*, nous dit Bosc lui-même. (In *Presse médicale*, 3 juin 1896.)

Dans la *désintoxication du sang*, au contraire, on n'observe pas ces troubles si inquiétants; tout se passe dans un calme relatif; il y a bien parfois de petits frissonnements, mais *jamais* dans les six cas où je l'ai employée, je n'ai constaté de véritable *frisson*.

On le verra d'ailleurs dans la suite de cette observation.

Mais auparavant je dirai que, ayant constaté, avec le Dr Tison, que la circulation chez notre malade était si faible qu'on ne pouvait faire gonfler les veines pour y enfoncer les aiguilles, je me décidai à recourir à une *simplification* du mode opératoire, que j'avais imaginée précédemment et grâce à laquelle l'outillage nécessaire est réduit au *minimum* et l'opération mise à la portée du plus humble des praticiens.

Elle consiste :

1° A remplacer la saignée aspiratrice par l'application de sangsues à la partie interne des cuisses. D'après les essais que j'ai faits, on peut estimer à 30 ou 35 grammes, en moyenne, la quantité de sang absorbée par la sangsue, puis perdue par la piqûre sous l'influence de cataplasmes renouvelés pendant deux heures. On peut donc, avec une approximation suffisante dans la pratique, doser le sang qui sera retiré.

2° On remplace ensuite l'injection intra-veineuse de sérum artificiel par une injection sous-cutanée. Dans ce cas le liquide injecté reste *en réserve* sous la peau et n'est *absorbé* que *peu à peu*, à mesure que le sang s'écoule par les piqûres de sangsues.

En réalité, il y a donc dans ce mode d'application de la *désintoxication du sang*, conservation du même principe essentiel de *contemporanéité* dont j'ai cherché plus haut à faire voir les avantages.

J'ai cru pouvoir donner à ce mode le nom de *mode cutané*, en opposition au premier qui serait le *mode veineux*.

Ceci dit, je prie d'excuser la longueur de ces détails qui ont cependant leur utilité et je continue l'exposé de l'observation :

Avec les précautions convenables d'antisepsie, nous appliquâmes vingt-deux sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses.

Dès que celles-ci eurent commencé à prendre, je fis, sous la peau de l'abdomen, l'injection de sérum artificiel, avec beaucoup de lenteur, au point que je mis près d'une heure, volontairement, pour en introduire ainsi, dans le même point, 750 grammes environ.

Peu de temps après les sangsues ne tardèrent pas à tomber; nous ordonnâmes d'appliquer des cataplasmes de farine de graine de lin qu'on renouvellerait pendant deux heures et qu'on remplacerait alors par une ou plusieurs feuilles d'amadou, de façon à arrêter à ce moment l'hémorragie, et nous quittâmes le malade, laissant auprès de lui le Dr Spordilis.

A ce moment les râles avaient déjà diminué dans la poitrine, la respiration était plus calme et le malade pouvait un peu se remuer dans son lit.

Cette amélioration, quoique minime, se maintint jusqu'à cinq heures et demie. (L'opération avait été commencée à deux heures de l'après-midi.)

A six heures quelques râles et quelques sueurs revinrent, mais *pas de frisson*, même pas de frissonnement. Pas d'élévation de la température non plus.

Deux lavements purgatifs furent ordonnés à six heures par le Dr Tison; ils ne furent pas rendus.

A neuf heures du soir enfin, apparurent les urines; mais le malade étant encore faible ne voulut pas de bassin et urina sur des serviettes, que l'on renouvela.

La guérison commença aussitôt, car le Dr Spordilis, resté près du malade, constata d'abord la disparition des râles de l'œdème, puis l'abaissement progressif et régulier de l'épanchement thoracique. La parole et la respiration devinrent assez faciles pour que le malade puisse s'entretenir avec ses enfants.

Bientôt le Dr Spordilis s'étant retiré, un certain assoupissement envahit le malade, et à dix heures il s'endormit d'un bon sommeil, qui dura jusqu'à onze heures et quart. A ce moment le malade urina encore dans son lit, sur des serviettes renouvelées, ce qui malheureusement ne permit pas de se rendre compte de la quantité d'urine rendue dans ces deux premières mictions; elle parut abondante cependant.

A onze heures et demie, selle abondante en diarrhée. La respiration est toujours calme et la parole facile. Le pouls est redevenu plus fort.

A deux heures du matin, le malade s'endort de nouveau jusqu'à quatre heures.

A son réveil, il urine une troisième fois, mais cette fois dans un vase : 250 à 300 grammes environ.

Le malade reste ensuite plus ou moins assoupi jusqu'à six heures. A ce moment, il a un léger vomissement dû, d'après lui, à ce que le lait qu'on lui avait donné était un peu aigri.

A dix heures, le Dr Tison revient et, après auscultation et percussion, constate la *disparition absolue* de l'œdème pulmonaire et de l'hydrothorax double. Le pouls est à 130 encore, mais bien frappé, régulier.

Continuation du régime lacté naturellement. A dix heures et demie selle normale jaune et 400 grammes d'urine environ. L'amélioration s'accentue. A deux heures et demie de l'après-midi, nouvelle selle normale jaune et 400 grammes environ d'urine bien claire, ne *contenant plus d'albumine.*

A ce moment je revois le malade et, sur le conseil du Dr Tison, par mesure de précaution, je fais une injection sous-cutanée de sérum artificiel de 400 grammes.

L'anurie ne s'est pas reproduite, ni l'albuminurie. La guérison s'est maintenue complète depuis lors (12 janvier 1897).

Réflexions. — Cette observation donne lieu à plusieurs réflexions :

1° La première a trait à la rapidité véritablement surprenante de la résorption de cet épanchement considérable, puisque la matité remontait jusque sous les deux clavicules à six ou sept heures du soir, et que le lendemain matin à dix heures le Dr Tison en constatait la *disparition absolue*, qui, d'après le Dr Spordilis, aurait commencé à neuf heures du soir. Cette résorption n'a donc pas demandé beaucoup plus de douze heures, peut-être moins, car rien ne prouve qu'à sept ou huit heures du matin tout n'était pas déjà résorbé. Il faut reconnaître que, en clinique, nous ne sommes pas habitués à une semblable évolution de l'hydrothorax, d'autant plus que celui-ci était en pleine période d'augment et que par conséquent il était moins porté à être résorbé qu'un autre déjà ancien.

2° Cette observation démontre aussi que le *mode cutané* de la *désintoxication du sang* peut rendre les mêmes services que le *mode veineux*, pour la disparition des accidents pyspnéiques d'origine urémique. S'il a le désavantage d'être *moins rapide* dans ses effets que le *mode veineux* parce que la *dilution* des toxines du sang est elle-même plus lente à

se produire, il a en revanche l'avantage de ne demander qu'un *outillage élémentaire* (un flacon de sérum, un tube et une aiguille), et par la *simplicité* de son application d'être à la portée de tous les praticiens.

3° Pour les cas tout à fait *urgents*, il serait préférable de recourir au *mode veineux*, qui opérant la *dilution* des toxines *extemporanément*, pour ainsi dire, rétablit en deux ou trois heures au plus la fonction urinaire, qui, elle, achèvera l'amélioration déjà obtenue par l'extraction d'une certaine quantité de sang.

Discussion. — Il faut se demander maintenant si le malade eût eu plus de chances d'être sauvé par un autre moyen que par la *désintoxication du sang*. Je ne le pense pas et voici mes raisons, si l'on veut bien m'accorder encore quelques minutes d'attention :

1° Il est d'abord bien certain qu'un *médicament actif* n'eût pu convenir dans ce cas, puisque, au contraire, on pouvait se demander si la digitaline ou l'extrait thébaïque administrés pendant la nuit n'avaient pas provoqué ou plutôt avancé la *crise urémique*, quoique les doses fussent modérées et que l'emploi de ces médicaments fût assez rationnel.

2° Ce n'était pas le cas non plus de recourir aux *diurétiques*, ni aux *purgatifs*, parce que le danger était trop proche et que ces médications, qui eussent été très indiquées dans un cas moins aigu, n'auraient pas pu agir à temps pour empêcher l'asphyxie?

3° Eût-on pu faire la *thoracentèse double?* Il est possible que sous l'influence de l'extraction du liquide qui avait envahi les deux plèvres, on eût observé une amélioration momentanée du malade. Mais d'abord, il eût été à craindre que le liquide pleural ne se reproduisît rapidement, l'anurie, qui était la véritable cause de cet épanchement, ne pouvant qu'être devenue plus définitive par cette soustraction abondante de liquide. Une autre conséquence grave de la thoracentèse aurait pu être une *expectoration albumineuse* intense, qui s'ajoutant à l'œdème pulmonaire déjà existant eût promptement asphyxié le malade. On ne pouvait donc y songer.

4° Une *saignée générale* abondante eût été indiquée en ce sens que l'extraction de sang diminuant la masse de celui-ci, eût pu amener la résorption au moins d'une partie de l'hydrothorax. Mais, comme dans le cas précédent, le cours des urines loin de se rétablir aurait pu rencontrer dans cette diminution de la pression vasculaire, un nouvel obstacle ; d'où accumulation nouvelle de toxines dans le sang, devant amener bientôt le rétablissement de l'hydrothorax et de l'œdème pulmonaire. D'ailleurs, le collapsus, avec sueurs froides, où était plongé le malade, eût pu dégénérer en syncope mortelle, sous l'influence d'une saignée ordinaire non accompagnée d'une injection *simultanée* de sérum artificiel (1).

5° Enfin on eût pu croire que le *lavage du sang*, c'est-à-dire l'injection massive de sérum artificiel, soit dans les veines, soit sous la peau, eût pu amener le rétablissement si désirable de la diurèse, dont l'arrêt brusque avait mis le malade en danger de mort. Oui... ce moyen pouvait guérir... peut-être? Mais aussi il pouvait *tuer* en quelques minutes le malade, si le sérum injecté, au lieu de s'échapper par les urines reformées, avait amené une hypersécrétion du liquide bronchique, qui eût achevé d'asphyxier le patient. D'ail-

(1) La *saignée-transfusion*, c'est-à-dire l'injection massive de sérum artificiel *précédée* d'une petite saignée, pouvait amener également des accidents. « J'ai vu, dit Dalché, survenir des accidents de cœur forcé chez une femme atteinte de myocardite et de sclérose rénale à la suite d'une injection de 650 centimètres cubes précédée d'une saignée de 250 grammes, d'où surcharge de 400 grammes seulement. » (*Loc. cit.*) La *désintoxication du sang* n'aurait probablement pas produit ces accidents, surtout le *mode cutané*.

leurs, si on en croit ses partisans eux-mêmes, le *lavage du sang* ne doit pas être employé lorsqu'il y a *altération des reins;* citons-en quelques-uns :

« Cette condition dernière (non altération des reins) est capitale : la dégénérescence du rein antérieurement constatée (néphrite parenchymateuse, interstitielle, suppurée, altération amyloïde) ne laisse que *peu de prise* à l'action des injections de sérum artificiel. » (Pozzi, *Rapport à l'Académie de médecine*, 30 juin 1896.)

« Les résultats du *lavage du sang* sont peu utiles ou plutôt *nuisibles* si les reins ne sont pas intacts. » (Tuffier, *Société de biologie*, 16 mai 1896.)

« Il est entendu qu'il est *nécessaire* que le rein soit *intact*, afin que ce qui entre puisse sortir. » (Dastre, *Société de biologie*, 16 mai 1896.)

Je pourrais donner d'autres citations, celles-ci suffisent, je pense, pour faire voir que dans le cas actuel le *lavage du sang* n'était pas indiqué, puisque l'*altération des reins* n'était pas douteuse chez cet albuminurique devenu anurique, dont le père et la mère étaient morts d'albuminurie et d'anasarque quelques années avant. J'ajouterai cependant que dans les quelques cas d'urémie qui ont été cités (un de Sahli, un de Bosc) comme ayant été guéris par le *lavage du sang*, l'amélioration a été beaucoup *moins prompte* que par la *désintoxication du sang* dont l'effet bienfaisant a été remarquable par sa *rapidité* dans les trois observations que je possède.

Conclusions. — On peut conclure, il me semble, de cette observation :

1° Que dans les cas les plus graves d'anurie chez un albuminurique, donnant lieu à un œdème pulmonaire et un hydrothorax double suraigus, la *désintoxication du sang* peut sauver le malade, alors que la thérapeutique est, d'ordinaire, à peu près désarmée.

2° Que le *lavage du sang* (qu'il est tout naturel d'opposer à cette méthode) aurait eu moins de chances de succès, dans le cas actuel, à cause de l'altération des reins et que même il aurait pu hâter la terminaison fatale.

3° On peut conclure enfin que si cette altération rénale est une contre-indication du *lavage du sang* d'après ses propres partisans, elle n'en est pas une pour la *désintoxication du sang*. En effet, en outre de l'observation ci-dessus où cette méthode a donné une guérison complète et durable, j'en ai deux autres d'urémie également, l'une cérébrale, l'autre dyspnéique, toutes les deux *avec lésions anciennes du rein;* l'amélioration du malade et le rétablissement de la diurèse ont même été plus rapides, parce que c'était le *mode veineux* auquel j'avais eu recours. Je dirai donc, pour terminer, qu'il ne faut pas, à mon avis, se décourager trop vite quand on a un malade atteint d'urémie, soit dyspnéique, soit cérébrale, dont l'état devient menaçant, malgré tous les moyens employés : purgatifs, diurétiques, révulsifs, etc.; on peut encore tenter la *désintoxication du sang*, méthode très simple dans son application et qui, bien qu'inoffensive par elle-même, est parfois très puissante dans ses effets bienfaisants comme le montre, je crois, l'observation que je viens de rapporter.

Considérations sur le traitement opératoire de l'entropion cicatriciel à propos de deux procédés nouveaux.

Par le Dr A. Péchin.

Les procédés actuellement connus pour redresser les paupières incurvées par déformation du tarse seraient-ils insuffisants ou d'une technique trop compliquée pour entrer définitivement dans la pratique opératoire courante? On serait tenté de le croire et d'admettre que l'un ou l'autre de ces reproches, peut-être tous deux à la fois, peuvent être adressés à ces procédés, puisque l'on tente encore actuellement de leur en substituer de nouveaux.

Il serait intéressant toutefois et équitable en même temps d'examiner si ces reproches sont réellement fondés, auquel cas il n'y aurait nulle hésitation à avoir à les reléguer de côté et à les ajouter à ces nombreux procédés qui encombrent nos livres classiques et qu'on a l'habitude de rappeler pour mémoire, faisant ainsi un chapitre aussi long qu'inutile.

Le choix judicieux, je ne dis pas d'un procédé, mais bien d'une méthode opératoire dans le traitement de l'entropion, doit être subordonné étroitement et directement à la nature même de l'entropion et à sa notion étiologique et pathogénique. Et c'est pour l'avoir oublié que bien des opérateurs ont eu des mécomptes avec des procédés qui n'étaient pas mauvais en soi, qui ne dérivaient pas d'une méthode défectueuse par cette raison capitale qu'elle ne répondait pas aux indications à remplir, mais procédés qui étaient pratiquement mauvais parce qu'ils n'étaient pas employés dans les cas qui leur convenaient absolument.

Elles tomberaient à faux les critiques qui dénonceraient comme mauvais dans le traitement de l'entropion dit cicatriciel, des procédés auxquels on doit, en effet, en pareil cas ne jamais recourir, frappés qu'ils sont d'avance d'impuissance, mais qui sont excellents dans les cas où l'élément cutané ou musculaire sont seuls en jeu pour provoquer l'inversion du bord palpébral. Qu'il s'agisse de spasme du muscle orbiculaire ou de l'entropion dit sénile dans lequel la rétraction du globe oculaire favorise la contraction des fibres orbiculaires voisines de la fente palpébrale, qu'on ait affaire à un entropion dû à un pansement prolongé, ou au bandeau compressif, ou encore consécutif à une distension telle que peut en déterminer une affection inflammatoire ou simplement œdémateuse des paupières, alors on aura raison d'employer des procédés qu'on peut appeler cutanés ou musculaires et qui consistent dans des incisions longitudinales simples ou combinées avec l'excision de fibres de l'orbiculaire; dans de simples excisions transversales de la peau telles que les pratiquaient il y a bien longtemps déjà Celse, Aëtius et Paul d'Egine, telles que les ont pratiquées dans le dix-huitième siècle Saint-Yves, Acrel, Dionis, Janin et plus tard Wenzel qui en fait mention dans son *Manuel de l'Oculiste* (1808); dans l'excision cutanée et musculaire au niveau de la commissure externe, excision suivie du détache-

ment du ligament latéral externe avec, si besoin est, d'un débridement de la cloison tarso-orbitaire (septum orbitale de Zinn et Henle), excision cutanée et musculaire, détachement du ligament et débridement aponévrotique connus sous le nom de procédé de Weber. Il n'y a pas jusqu'aux sutures de de Graefe et à la bandelette de toile collodionnée dont se servait de Arlt qui ne soient dans les cas que j'envisage ici des ressources aussi simples qu'ingénieuses et qui ne rendent de grands services. Je ne parle pas des sutures de Gaillard (de Poitiers), qui, je n'en doute pas, constituent un moyen puissant de débarrasser la cornée du voisinage si dangereux du sol ciliaire, mais qui aboutissent à cet heureux résultat au prix de déformations petites quelquefois, souvent grandes et toujours grâce à un processus de suppuration d'abord, cicatriciel ensuite, processus qu'il est impossible de limiter dans ses effets et que pour ces raisons je n'ai jamais employées pas plus que je n'emploierai jamais dans le ptosis les sutures que H. Pagenstecher a préconisées au Congrès de Londres en 1881 et qui sont passibles des mêmes reproches, qu'il s'agisse des sutures sus-cutanées ou sous-cutanées. Enfin, et c'est par là que je termine cette rapide énumération des principaux moyens qui réussissent lorsque l'élément cicatriciel est hors de cause, il y a encore la canthoplastie. L'opération de de Ammon trouvera des indications utiles et suffira souvent à elle seule à faire cesser l'action entropionnante des fibres orbiculaires.

Ceci dit sur le traitement de l'entropion musculaire, j'arrive au point principal de mon sujet, au traitement chirurgical de l'entropion cicatriciel. Ici le spasme du muscle orbiculaire peut être incriminé, mais ce spasme n'est plus la cause principale de l'entropion; d'ailleurs il peut ne pas exister; il y a une autre lésion nettement caractérisée qui imprime à cet entropion une physionomie toute spéciale, une pathogénie particulière, c'est la déformation de la charpente des paupières qui se complique d'un rapetissement de la fente palpébrale, la déformation du tarse, déformation qui est surtout consécutive aux granulations. Les granulations peuvent altérer seulement la conjonctive et alors elles ne sont pas graves; elles peuvent céder à divers traitements selon les cas, mais une complication redoutable peut survenir, l'altération du tarse qui subit une transformation, une dégénérescence à la suite de laquelle il se courbe, devient rachitique; c'est la gibbosité du mal de Pott, comme dit M. le Pr Panas. C'est cette altération qui va jouer un rôle si néfaste en déviant le bord palpébral, déviation qui va inaugurer une série d'altérations de la cornée qui si elles ne sont pas combattues à temps, aboutiront à la perte totale de l'œil. Ce tarse se recroqueville, s'enroule, augmente d'épaisseur, renferme du tissu cicatriciel qui va poursuivre son évolution, évolution que la pathologie de ce tissu nous apprend être si funeste. Nous n'avons, pour nous en rendre bien compte, qu'à nous rappeler les graves désordres qui résultent de l'évolution du tissu cicatriciel dans des organes importants tels que l'œsophage, la trachée et l'urètre. Dans le tarse la force incessante de rétraction cicatricielle amène les pires désordres; cette force dure un certain temps, au delà duquel elle semble abandonner ses droits, mais elle poursuit sans relâche son évolution néfaste pendant toute cette période sans que nul obstacle puisse lui être opposé; ce travail de cicatrisation dure environ deux ans, laps de temps que nous devons nous rappeler chaque fois que nous faisons des opérations où la libération des tissus ne doit se faire qu'après que le tissu cicatriciel a terminé sa période évolutive; je fais allusion ici principalement à la tarsoraphie.

Il n'est pas besoin d'insister beaucoup pour comprendre qu'une pareille notion pathogénique doive suffire à poser dans le traitement opératoire de l'entropion cicatriciel une indication toute spéciale, notion qui à elle seule différencie absolument l'entropion dit

musculaire de l'entropion cicatriciel, lui assigne une place à part en même temps qu'un traitement particulier.

Quelles sont les indications que doit remplir le traitement chirurgical de l'entropion cicatriciel? La méthode opératoire actuellement admise est-elle rationnelle? Les procédés de cette méthode sont-ils suffisants? Telles sont les questions que j'ai à résoudre et comme corollaire, la question de savoir s'il y a lieu de rechercher d'autres procédés, notamment celui que M. le Pr Lagleyze (de Buenos-Ayres) vient de préconiser dans *les Archives d'ophtalmologie* (octobre 1895, page 605, « Un nouveau procédé d'opération dans l'entropion et le trichiasis ») et celui que M. Chevallereau (de Paris) a fait connaître à la Société d'ophtalmologie de Paris dans sa séance du 8 octobre dernier, cette question, dis-je, se posera tout naturellement et sera résolue du même coup.

L'indication, mais elle est connue depuis longtemps, nous verrons bien lorsque nous analyserons les divers procédés que ce n'est pas de nos jours que l'on a reconnu que la section du tarse était nécessaire. L'indication princeps, primordiale, celle qui doit donner à la méthode sa formule, c'est, je viens de le dire, la section du tarse; voilà pour l'indication principale. Une autre indication, non moins importante et qui découle pour ainsi dire de la première, est de trouver un point d'appui pour maintenir redressé le fragment inférieur du tarse que la section a mobilisé primitivement. Et ce point d'appui ne peut être qu'un point fixe choisi sur le tarse lui-même ou sur le ligament suspenseur et non sur la peau qui en cette région est d'une mobilité excessive. Quant à démontrer que la tarsotomie ou la tarsectomie constitue bien la méthode rationnelle du traitement, cela devient facile si l'on veut bien considérer l'anatomie pathologique du tarse et reconnaître que cette opération découle tout naturellement de la lésion tarsienne sur laquelle on ne saurait avoir prise en s'adressant aux tissus superficiels : peau et muscle.

Ces deux indications étant ainsi nettement formulées, il va nous devenir facile de soumettre les divers procédés connus à une judicieuse critique et de constater s'ils répondent oui ou non à ces indications. Je n'envisagerai que les principaux procédés, car en cette matière les opérateurs se sont donné libre carrière à tel point qu'on a commis quelques excès à multiplier les procédés dans des proportions non justifiées.

Je disais plus haut que la tarsotomie n'était pas moderne et je n'en veux pour preuve que les incisions verticales tarsiennes de Ware (1806) et le procédé de Crampton, modifié par Guthrie (1823). Ainsi donc au commencement de ce siècle, ces deux auteurs n'y allaient pas de main-morte, l'un incisait verticalement le tarse, et l'autre faisait encore davantage, car après avoir fait à chaque extrémité de la paupière une incision verticale, il saisissait avec une pince *ad hoc* la partie intermédiaire, la redressait vigoureusement, pratiquait ensuite une incision transversale cette fois, sur la face muqueuse, incision assez profonde pour diviser le tarse en entier. Pour ancienne que soit l'intervention sur le tarse, il ne s'ensuit pas qu'elle ait été acceptée par tout le monde. Il est même assez singulier de constater que L.-A. Desmarres qui a laissé la réputation d'un homme très ingénieux, n'ait pas apprécié à sa valeur l'action chirurgicale dirigée contre le tarse. Desmarres n'approuve pas les incisions verticales et en cela il a parfaitement raison, car de pareilles sections, outre qu'elles ne sont pas très utiles, laissent le plus souvent des colobomas fort disgracieux pour ne pas dire plus; mais comment ne pas être surpris lorsqu'on lit cette phrase dans son *Traité des maladies des yeux* (1847, p. 61) : « A quoi peut servir l'incision transversale de la conjonctive et du tarse. » Desmarres a passé ainsi à côté du principal temps opératoire sans s'en apercevoir le moins du monde.

Persuadé que le tarse était la cause de tout le mal, Saunders alla même jusqu'à l'enlever complètement.

La tarsotomie se retrouve dans presque tous les procédés, dans celui de Crampton, de de Ammon, de Burow, de Berlin, de Pagenstecher et de M. Panas. Toutefois, dans la premiere description que fit cet auteur de son procédé dans le *Dictionnaire de Jaccoud* (1878), article « Paupière », il n'est pas fait mention de la tarsotomie, et ce n'est que postérieurement à cette date que M. le Pr Panas a ajouté ce temps opératoire. Tous ces procédés auxquels j'ajoute ceux de Streatfield et de Snellen, qui eux font la tarsectomie, répondent donc à la méthode rationnelle qui exige que l'on agisse sur le tarse, et remplissent une grande et importante indication, mais aucun de ces auteurs, M. Panas excepté, n'a ajouté la seconde indication, celle qui consiste à relever solidement le rebord palpébral en fixant les sutures en haut à un point d'attache solide et immobile. Et en effet, Crampton se bornait à une excision cutanée transversale, puis il suturait les bords de la plaie; de Ammon, lui, pratiquait la tarsotomie purement et simplement; Burow père imitait Crampton; Berlin faisait la même chose ou peu s'en faut, puisque après avoir incisé du même coup peau et tarse jusqu'à la conjonctive il excisait un lambeau (tarse et conjonctive) de 2 à 3 millimètres, se préoccupant peu de ce qui pouvait arriver du côté de la conjonctive, non pas qu'il y ait du danger à inciser la conjonctive linéairement, mais la conjonctive supportant peut-être moins bien pareille excision qu'une simple incision linéaire. Pagenstecher devait obtenir parfois de bons résultats, car il mettait en œuvre des moyens bien propres à assurer le succès; en effet, à la tarsotomie (et il ne la faisait pas toujours) qu'il pratiquait du côté de la conjonctive, il ajoutait la canthoplastie, deux temps opératoires qui devaient largement contribuer au redressement du bord palpébral, mais il terminait par les sutures de Gaillard, espérant que la suppuration et la cicatrisation achèveraient et maintiendraient la guérison; or, ces sutures ont dû lui donner des mécomptes quelquefois au point de vue final et bien souvent au point de vue esthétique. MM. Anagnostakis et Warlomont père, ont, chacun dans leur procédé, pris un point d'appui solide dans le tissu fibreux du ligament suspenseur ou dans le tarse pour suturer, l'un le bord supérieur de son petit lambeau qui reste attenant au bord palpébral, l'autre pour suturer le bord supérieur de ce même bord palpébral qu'il a eu soin de détacher entièrement, faisant par conséquent la transplantation du sol ciliaire. Ainsi, contrairement aux autres procédés sus mentionnés dans lesquels on a fait la tarsotomie, mais sans rattacher le lambeau inférieur au ligament suspenseur, ce qui en eût fait des procédés irréprochables dans les procédés de MM. Anagnostakis et Warlomont. Ce rattachement au ligament suspenseur est bien fait, mais ces opérateurs ont laissé le tarse intact. Enfin, dans les procédés de Lebrun, de de Wecker et de Jaëschc-Arlt, aucune des deux indications en question ne sont remplies, il n'y a ni tarsotomie, ni suture, à un point fixe. Lebrun fait une incision cutanée, dissèque son lambeau supérieur et se contente de passer des fils au niveau de la plaie sous le muscle, fil qu'il noue ensuite, étranglant les tissus et comptant sur ce que voudront bien faire la suppuration et la cicatrisation pour arriver à bonne fin. M. de Wecker fait la canthoplastie, dédouble le bord palpébral dans une profondeur de 5 à 6 millimètres, puis place des sutures de Gaillard pour attirer le sol ciliaire en haut. Enfin, dans le procédé Jaëschc-Arlt, une simple excision d'un lambeau cutané est destinée à assurer l'élévation du sol ciliaire dégagé. Et c'est parce que ces trois derniers procédés ne remplissent aucune des deux indications sur lesquelles j'insiste à dessein, que je les considère comme les plus défectueux.

J'ai laissé pour le dernier, afin de mieux fixer l'attention sur lui, le procédé de M. le

Pr Panas, par cette bonne raison qu'il remplit parfaitement les indications voulues, que le lambeau supérieur est disséqué de telle sorte que tout le tarse avec sa portion attenante au ligament suspenseur est mise à découvert, que le petit lambeau inférieur est disséqué également avec un soin tout particulier afin de respecter le muscle de Riolan, les embouchures des glandes de Meïbomius et la ligne d'implantation des cils (dissection et libération bien autrement avantageuses que le dédoublement du bord libre qu'on a vu être suivi de gangrène et de suppuration); que le tarse est sectionné entièrement, section qui permettra le redressement, et enfin que le placement des sutures prenant point d'appu sur le ligament suspenseur assure le redressement du bord palpébral grâce à une traction qui ne cèdera pas et à la réunion de la surface profonde du petit lambeau avec la face du tarse dénudé. C'est parce qu'il remplit parfaitement toutes ces conditions que ce procédé a donné à son auteur les meilleurs résultats. Moi-même j'ai employé ce procédé depuis longtemps, et toujours j'ai eu à m'en féliciter. C'est également à ce procédé que s'était arrêté M. le Pr Lagleyze; il en était satisfait et le déclarait être un des meilleurs, mais sa satisfaction n'était pas cependant absolue, car il en est arrivé à formuler contre lui quelques reproches. Il reproche à ce procédé d'exposer à une assez forte hémorragie, d'être douloureux, de laisser une cicatrice de la peau longitudinale et parallèle au bord ciliaire avec un épaississement remarquable du rebord ciliaire dû à la difficulté de la circulation entravée par la cicatrice de l'incision, et de laisser à désirer par conséquent au point de vue esthétique; de n'être point infaillible, pouvant permettre à une récidive de se produire, et enfin d'être d'une technique un peu longue et compliquée. Examinons ces divers chefs d'accusation. Il est vrai que l'incision cutanée peut donner lieu à une hémorragie qu'explique fort bien l'anatomie de la région, l'incision étant presque parallèle au trajet de l'arc artériel interne que fournit l'artère palpébrale supérieure; mais il n'est pas difficile d'éviter cette artère, on sait qu'elle est là, on a sous les yeux la peau fortement tendue par la plaque qui assure une hémostase parfaite pendant toute la durée de la dissection des lambeaux. Et pour se soustraire à ce danger de l'hémorragie en même temps qu'il affranchira la paupière d'une incision qui laisse une cicatrice, que fait M. Lagleyze? Il retourne la paupière et fait l'incision à la fois de la conjonctive et du tarse, certain de ne pas passer outre et de ne pas traverser la peau, protégée qu'elle est par des aiguilles à sutures placées là comme je le dirai plus loin. La peau est indemne, c'est vrai, mais encore faut-il admettre que ce n'est pas sans grande attention que la pointe du bistouri passera sur ce pont d'aiguilles sous-tarsiennes sans courir risque de blesser la peau dans les intervalles et que c'est surtout maintenant que les chances d'hémorragie vont se produire. L'arc artériel interne ne va-t-il pas être exposé à être sectionné sous le tarse beaucoup plus qu'il ne le serait avec une incision cutanée? En agissant du côté de la peau, on a tout le loisir et toute chance de diviser les tissus pour ménager l'artère, mais en agissant du côté de la conjonctive on pénètre à travers un tissu malade, de consistance variable, qui a détruit plus ou moins le parallélisme que l'on est en droit de supposer exister entre l'incision et le trajet artériel et alors l'arc artériel interne pour échapper au bistouri manié sûrement à la face externe n'en va être que plus exposé à être blessé par ce bistouri manié moins sûrement par la voie conjonctivale. Bien plus, M. Lagleyze place trois sutures de la façon suivante : un fil de soie porte une aiguille à chaque extrémité, les aiguilles sont introduites par la conjonctive au niveau du bord supérieur du tarse, puis elles sortent par la peau sur la ligne d'implantation des cils après avoir cheminé entre le cartilage et la peau. Deux autres fils sont placés de la même façon, en tout passage de six aiguilles et par conséquent six chances de plus de perforer l'arc artériel interne que M. Lagleyze veut sauvegarder, et je ne fais pas ici à ces aiguilles un procès de tendance, car si l'on

veut bien remarquer qu'elles sont poussées dans une paupière retournée et à l'aide d'un porte-aiguille qui forcément imprimera des mouvements divers à l'extrémité d'une aiguille qu'on fait cheminer un peu au hasard, échappant au regard puisqu'elle passe sous le tarse, l'hémorragie aura bien des chances de se produire.

L'opération de M. Panas est-elle douloureuse? Je l'ai toujours vue pratiquer et je l'ai pratiquée moi-même sous le chloroforme. En tout cas si le procédé de M. Lagleyze est insensible grâce à la cocaïne, il est permis de croire que l'anesthésie locale suffirait aussi à rendre insensible le procédé de M. Panas, le traumatisme étant égal à peu de chose près dans les deux procédés.

Peut-on justement accuser l'incision cutanée de laisser une cicatrice? Je ne le pense pas. A vrai dire, ce premier temps de l'opération est difficile et demande une main très exercée. L'incision doit être bien rectiligne, bien nette, sans hachures des bords; pendant la dissection les bords du lambeau ne doivent pas être tiraillés ni déchiquetés par des pinces à mors trop larges, on se servira d'une pince en forme de fourche qui maintient le lambeau avec toute la délicatesse qu'exigent sa minceur et sa fragilité. Grâce à ces précautions ce premier temps sera bien exécuté et l'on ne verra plus tard ni cicatrice ni épaississement du bord palpébral.

Quant au chef d'accusation tiré de la faillibilité du procédé je me sens disposé à faire des réserves. Il n'y a rien d'infaillible, pas même le meilleur des procédés, et il nous arrive parfois de tomber sur des cas tellement mauvais que nos efforts sont assez mal récompensés. Toutefois je dirai volontiers que j'ai vu le procédé de M. Panas réussir là où des tentatives judicieuses avaient été faites par des opérateurs de marque.

Enfin, et c'est là la fin du réquisitoire, ce procédé est-il d'une technique longue et compliquée? Il faut qu'une opération soit terriblement longue pour qu'on puisse lui faire un reproche de cette longueur, autrement il n'y a qu'à se féliciter d'accorder à une opération tout le temps nécessaire pour qu'elle soit bien faite. C'est le cas ici et le temps pris par cette opération est certainement plutôt court. Quelles sont les complications qui peuvent lui être reprochées? Je l'ai dit, seule la dissection du petit lambeau mérite une attention toute particulière, mais après, rien de compliqué. Bien simple au contraire la section du tarse, nullement compliqué le passage des aiguilles. Pour terminer ce parallèle, au cours duquel j'ai décrit l'opération de M. Lagleyze, je dirai qu'en nouant ses fils ce dernier fait des sutures sous-cutanées qui agissent immédiatement par traction mécanique, puis par étranglement des tissus compris entre le point fixe en haut et le point mobile en bas, étranglement suivi d'inflammation et de formation de tissu cicatriciel d'une action illimitée, non précise et qui suffit par conséquent à donner sur ces sutures la prépondérance aux sutures de M. Panas. En résumé, malgré les neuf opérations qui ont été autant de succès pour leur auteur, je ne considère pas le procédé de M. Lagleyze comme supérieur à celui de M. Panas qui doit être exonéré des reproches qu'on lui a fait d'exposer à l'hémorragie et de laisser un tissu cicatriciel capable d'engendrer une malformation apparente au prix de laquelle l'opéré doit obtenir le bénéfice final. C'est un procédé d'une technique facile, mais en des mains habiles et rompues aux opérations plastiques des paupières, opérations auxquelles ne préparent guère les simples excisions de lambeaux cutanés ou les applications de sutures sus et sous-cutanées. C'est une chirurgie fine et extrêmement délicate qui exige beaucoup d'adresse et une parfaite connaissance de l'anatomie chirurgicale de la région. M. Lagleyze a admis la méthode de l'intervention sur le tarse avec point d'appui bien solide sur le ligament suspenseur; son procédé mérite donc de prendre place parmi ceux auxquels il conviendra de recourir, mais

quel qu'en soit mon désir, je ne puis lui reconnaître toutes les perfections que son auteur a une tendance bien naturelle à lui attribuer, car ses sutures sous-cutanées ont de multiples inconvénients et la section du tarse par la voie conjonctivale, outre qu'elle me paraît être inférieure à la section cutanée qui permet de bien mettre le tarse à découvert, d'examiner ses déformations et de faire l'incision en conséquence, expose davantage avec le passage des aiguilles à l'hémorragie que l'auteur aurait désiré éviter.

Il me reste pour terminer à parler du nouveau procédé de M. Chevallereau. Lui aussi accepte le principe de la section du tarse dans lequel il fait deux incisions dans le but d'enlever un lambeau tarsien cunéiforme, prismatique avec base du côté de la peau et arête du côté de la conjonctive, puis il passe des sutures au catgut dans les lignes de section des tarses ou plutôt tout près d'elles, et en serrant les sutures il affronte les deux branches du V qu'il a formé par sa tarsectomie. Mais le tarse n'a-t-il pas subi des altérations de texture et de forme telles que la tarsectomie de M. Chevallereau se trouvera maintes fois être d'une application pratique difficile sinon impossible, de là une première difficulté et alors dans de pareils cas quel résultat au point de vue du redressement peut-on espérer de ces sutures appliquées dans deux petites lamelles souvent très réduites qui étaient autrefois le tarse et qui maintenant ne sont plus qu'un tissu dégénéré et renfermant par places des cellules qui ont subi une dégénérescence quelconque.

Assurément voilà des sutures précaires et cela est si vrai que M. Chevallereau dit lui-même dans sa communication qu'il lui est arrivé de placer son point de suture supérieur dans le ligament suspenseur lui-même ne pouvant le placer dans le tarse, mais dans un pareil tarse aussi amoindri, aussi recroquevillé, l'évidement a dû être bien peu de chose et nous avons là alors le procédé de M. Panas avec cette toute petite différence que le chef inférieur du fil de la suture a passé dans du tissu plus ou moins tarsien, en tout cas malade, au lieu de passer entre ce tarse et les tissus sus-jacents (muscle et peau) qui forment un point de résistance que je n'accorde pas avec confiance au tarse dégénéré.

En somme je pense que la question du traitement opératoire de l'entropion cicatriciel est épuisée ; depuis fort longtemps les véritables indications étaient posées, mais ce n'est que peu à peu et progressivement qu'elles ont été remplies par des procédés qui se sont perfectionnés surtout par des emprunts mutuels. Aujourd'hui le procédé est bien connu, et dérivant d'une méthode rationnelle il ne pourra plus subir que quelques petites modifications de détails auxquelles il ne conviendra pas d'attacher une importance telle qu'elles puissent suffire à la création légitime de nouveaux procédés.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 février 1897

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. Catillon lit une note sur *l'iodo-thyroïdine et les préparations à base de corps thyroïde*, dans laquelle il propose pour l'obtention de la substance active contenue dans la glande thyroïde, un procédé analogue à celui que Baumann préconise pour la fabrication de la thyroïodine, mais ayant l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi de l'alcool, qui rend trop onéreuses les manipulations chimiques dans notre pays. L'orateur fait ressortir que l'emploi des extraits de glandes ou de la glande en nature offre de nombreux inconvénients, car la teneur en iode dans les glandes kystiques ou non, varie dans des proportions infinies.

Le nom d'iodo-thyrïdine a été choisi pour la distinguer de la thyroïodine, produit voisin, et de thyréoïdine ou de thyroïdine qui sont des produits différents.

Le produit nouveau est aseptique et contient presque tout l'iode qui se trouve en combinaison organique dans la glande.

L'iode contenu dans la glande est très stable, on peut donc soumettre celle-ci à des manipulations variées, destinées à obtenir un extrait inaltérable, sans crainte d'altérer la partie active de l'extrait.

La question de valeur thérapeutique du principe iodé est encore ouverte, mais le procédé de l'orateur permettra d'obtenir ce principe d'une façon pratique et de préparer des tablettes contenant la totalité de la glande dans un état de conservation parfaite.

M. Chassevant présente plusieurs observations qu'il se réserve d'apporter à la prochaine séance sous forme de communication.

L'ordre du jour appelle ensuite la discussion sur *le traitement de la chlorose*. M. Huchard constate que la chlorose est facile à distinguer des anémies sans le secours du microscope ; on se trouve en présence d'une maladie constitutionnelle du sang que l'on peut diviser en trois classes au point de vue de l'administration des martiaux : 1° cas où le fer est inutile ; 2° cas ou il est nuisible ; 3° cas où il est utile.

1° Le fer est inutile dans la chlorose du premier degré de Hayem ; dans ces cas le repos, une alimentation convenable, l'air de la campagne suffisent. Les aptitudes fonctionnelles étant restreintes, on évitera les voyages longs, on mettra les malades à l'abri du froid, car les accidents augmentent en hiver. On évitera tout surmenage (chlorose d'été des campagnardes travaillant aux champs). Souvent une chlorotique guérit par le seul repos dans les salles d'hôpitaux.

2° Dans la deuxième catégorie, on peut ranger les chlorotiques avec symptômes dyspeptiques ; la dyspepsie devient le phénomène capital, et l'estomac sera soigné en premier lieu. Le fer dans ces cas donnera lieu à des palpitations et à un état d'éréthisme général nuisible.

3° Dans la troisième catégorie rentrent tous les autres cas de chlorose.

En résumé, la thérapeutique des symptômes s'impose. Les excitants, le bord de la mer, le séjour dans les hautes montagnes dépassent le but. Chez les chlorotiques torpides à tempérament strumeux, on pourra permettre le bord de la mer et ordonner une cure à la Bourboule, par exemple.

Les vins et élixirs, le quinquina, la quassia doivent être proscrits. La trinité thérapeutique est : repos, air, fer.

M. Le Gendre partage entièrement l'avis de MM. Fernet et Huchard. Il tait cependant remarquer que le repos ne suffit pas toujours à mettre à l'abri des rechutes : pour éviter de tels accidents, on donnera un peu de fer au moment opportun.

Le bord de la mer est franchement nuisible aux chlorotiques ; les grandes altitudes présentent les mêmes inconvénients. Sans doute, les questions de pression barométrique jouent-ellse ici nu rôle encore peu défini.

Les bains chlorurés sodiques, *à condition que la quantité de sels soit faible*, donnent d'excellents résultats.

M. Barbier pense qu'il y aura lieu par la suite d'élucider la question du rapport de l'albuminurie avec la chlorose. L'orateur examine les urines chez toutes les chorotiques qui se présentent à la consultation d'un de nos hôpitaux : l'albumine ne fait jamais defaut, en très petite quantité il est vrai ; cette albumine n'est pas rétractile, c'est donc une globuline.

Cette constatation parle-t-elle en faveur d'une origine toxique de la chlorose ? Les malades n'échapperaient-t-elles pas à des troubles d'auto-intoxication que parce que leur mode de nutrition est ralenti ? Autant de questions qu'il s'agirait d'étudier.

M. Huchard considère que le phénomène est banal et sans importance. Il faut savoir si les malades sont du premier, du second ou du troisième degré : dans ce dernier cas, alors qu'il existe une destruction globulaire considérable, il n'y a rien d'etonnant à ce que l'urine soit albumineuse.

La chlorotique peut devenir une urémique dans quelques cas ; les urines étant toujours très toxiques dans cette affection, peuvent finir par irriter le rein. Peut-être le foie n'arrête-t-il plus suffisamment les poisons, ce qui permet leur passage dans le sang.

Quoi qu'il en soit, on ne cite que quelques rares cas d'urémie chez des chlorotiques alors que la maladie est fort commune. L'urémie ne compte donc guère dans les complications de la chlorose.

M. Le Gendre a surtout trouvé de l'albumine chez les chlorotiques dyspeptiques. Les dyspeptiques non chlorotiques en presentent du reste fréquemment : il suffit d'examiner régulièrement les urines de malades atteints de troubles de la digestion pour s'assurer du fait. Mais, point capital, on ne trouvera jamais chez ces malades des éléments du rein, on n'a donc jamais affaire à du catarrhe des tubes rénaux. Certaines chlorotiques donnent l'impression d'intoxiquées : il faut se rappeler à ce sujet que quelques auteurs, en Allemagne surtout, disent avoir obtenu de fort bons résultats avec des saignées répétées, permettant d'éliminer rapidement les toxines.

M. Ferrand tient à appuyer ce qu'on a dit dans la derniere séance au sujet de l'efficacité des bains d'air comprimé dans la chlorose : il les a vu réussir contre toute attente, dans deux cas très graves compliqués d'intolérance gastrique absolue. L'efficacité des bains salés ou sulfureux, à doses faibles, l'a aussi frappé.

Les bains trop concentrés mettent en émoi l'élément nerveux, qui joue un rôle prépondérant dans la maladie.

M. Huchard croit très importante l'influence des auto-intoxications dans la chlorose : on se trouve souvent en présence de cas où les complications occupent la scène pathologique, laissant la chlorose à l'arrière-plan.

Sur la proposition de M. Huchard, appuyée par le Bureau, la Société décide de mettre à son ordre du jour de mai la discussion concernant le *traitement des urémies*. M. Le Gendre est désigné comme rapporteur.

E. Vogt.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Action de l'hydrate d'amylène sur le diabète insipide. (*Therap. Monatshefte*, décembre 1896.) — On avait accordé jusqu'ici à l'hydrate d'amylène une action hypnotique simple, et les auteurs n'ont pas consigné de modifications des sécrétions sous l'influence de ce médicament. Le Dr Brackmann ayant eu en traitement un polyurique de 21 ans (quantité d'urine, de composition normale, 7,000 centimètres cubes en vingt-quatre heures), prescrivit pour de l'insomnie une dose de 2 gr. 50 d'hydrate d'amylène, à prendre tous les soirs. La soif et la polyurie furent rapidement influencées (3.000 centimètres cubes d'urine au bout de six jours). La médication ayant été supprimée le taux des urines remonta à 5 et 6,000 centimètres cubes, mais la sensation de soif resta normale : de nouvelles doses d'hydrate d'amylène, données de temps en temps, provoquèrent chaque fois une diminution de l'émission urinaire.

E. Vogt.

Traitement de la polysarcie avec anémie. (*Therap. Monatshefte*, février 1897.) — Kisch (de Marienbad) constate que cette forme est surtout observée dans le sexe féminin : elle se caractérise par la présence des troubles cardiaques, la dyspnée, l'anxiété précordiale, etc. Il ne faut pas, dans ces cas, exagérer la diminution de l'alimentation, et autoriser, pour vingt-quatre heures, 200 grammes d'albumine, 12 grammes de graisse et 100 grammes d'hydrocarbures : l'alimentation devra être très fortifiante. La quantité de liquide pourra être fortement diminuée, plus que dans la forme pléthorique, car il y a moins à craindre chez les anémiques le développement d'accidents lithiasiques et arthritiques. Comme eaux minérales, les eaux chlorurées et sulfatées sodiques et ferrugineuses seront indiquées.

Il faudra bien se garder de soumettre ces malades à un entraînement musculaire exagéré, tel que le supportent les pléthoriques ; on ne pourra pas davantage restreindre le sommeil, comme chez ces derniers.

En somme, on se trouve beaucoup moins armé pour combattre les cas compliqués d'anémie, que si l'on a affaire à un polysarcique pléthorique.

E. Vogt.

Un cas d'empoisonnement par le bromoforme, par Czygan (d'Hanovre). (*Deutsche med. Woch.*, 24 décembre.) — Un enfant de 2 ans et demi absorbe une bonne gorgée de bromoforme qu'on avait laissé à sa portée.

Une demi-heure auparavant il avait pris son repas, composé d'un œuf, d'un peu de pain et d'une tasse de lait.

On retrouve l'enfant presque sans connaissance.

Le malade avait absorbé environ 5 à 7 grammes de bromoforme.

On injecte, pour provoquer le vomissement, 15 milligrammes de chlorydrate d'apomorphine sous la peau.

Ce médicament reste sans effet.

L'enfant reste sans connaissance, la peau se refroidit ; les pupilles sont larges comme une tête d'épingle, l'air expiré sent le bromoforme, le pouls est petit et fréquent, 108. Pour combattre le collapsus on injecte 5 décigrammes d'éther sulfurique à plusieurs reprises, en tout 4 grammes. On donne un bain chaud avec douche froide sur le cœur ; lavements d'eau vinaigrée, d'eau de moutarde, de vin rouge ; massage du cœur et du ventre. On pratique la respiration artificielle pour permettre l'oxygénation du sang et l'élimination du bromoforme.

Le pouls, une heure après l'empoisonnement, avait 120 pulsations à la minute. La pâleur et la cyanose du visage étaient très marquées.

A neuf heures, l'odeur de bromoforme ne s'exhalait plus de l'haleine de l'enfant. La cyanose persistait encore ; l'action des injections d'éther est nulle. Pour réveiller l'excitabilité nerveuse on a eu recours à la strychnine ; on pratiqua une injection de 2 décigrammes de teinture de strychnine. En une heure on a injecté ainsi en tout 1 gr. 5 de teinture de strychnine. Le pouls devient plus calme et plus régulier.

La pupille se dilata et devint sensible à la lumière.

A quatre heures, le courant faradique détermine des réactions normales des bras et des jambes.

L'enfant revient à lui, les suites sont normales. L'enfant entre en convalescence.

A. Chassevant.

Traitement de l'empoisonnement par l'opium par le permanganate de potasse. (*Therapeutische Wochenschrift*, 14 février 1897.) — L'emploi du permanganate de potasse, préconisé pour la première fois aux Etats-Unis, continue à faire l'objet de nombreuses recherches dans ce pays, où, paraît-il, les empoisonnements par les opiacés sont fréquents. Ovid Moor (de New-York) s'est décidé à expérimenter la méthode sur lui-même : il absorba, deux heures après le déjeuner, 30 centigrammes (je dis trente centigrammes !) de sulfate de morphine, et immédiatement après une solution de permanganate de potasse (50 centigrammes dans 250 grammes d'eau). *Il ne se produisit aucun effet narcotique.* Mais il n'est pas nécessaire, pour obtenir l'effet antitoxique, que le permanganate soit administré de suite après ingestion de l'opiacé, ainsi que diverses observations l'ont démontré : en outre, la voie hypodermique produit les mêmes résultats. Il est probable que l'arrivée dans le sang de petites quantités de sels à base de manganèse engendre une action stimulante sur les globules rouges et favorise l'absorption de plus grandes quantités d'oxygène : l'auteur recommande en conséquence d'essayer, dans tous les cas d'asphyxie (éther, chloroforme, oxyde de carbone, submersion, etc.) l'injection hypodermique d'une solution de permanganate de potasse (de 1 : 500 à 1 : 100).

On a recueilli, jusqu'à ce jour, une centaine de cas d'empoisonnement par l'opium traités par la méthode ci-dessus décrite ; les résultats obtenus permettent de formuler les règles suivantes :

1° Faire ingérer de 5 à 6 décigrammes et davantage de permanganate, en solution diluée, pour rendre inoffensif l'opium qui pourrait encore séjourner dans l'estomac.

2° Continuer à administrer, de temps en temps, la solution, pour neutraliser l'alcaloïde qui s'élimine par la muqueuse stomacale après avoir été absorbé, ainsi que l'ont démontré des expériences physiologiques répétées.

3° Injection hypodermique d'une solution de permanganate de potasse à 1 0/0.

E. Vogt.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Exclusion de l'intestin, par Heydenreich (de Nancy). (*Semaine médicale*, 10 février 1897.) — Cette opération, proposée par Salzer (d'Utrecht) en 1891, consiste à séparer une anse intestinale malade du reste du conduit digestif, sans la réséquer. D'une part, on unit bout à bout les parties qui doivent continuer à fonctionner ; d'autre part, on ferme les deux extrémités de l'anse isolée, que l'on laissera dans le ventre. Ou bien on abouche ses deux extrémités, ou une seule d'entre elles à la peau, dans le but de créer une voie d'écoulement pour les sécrétions parfois très abondantes qui se font dans l'anse exclue, d'où les noms d'*exclusion partielle* et d'*exclusion totale*, suivant qu'on laisse ou non une fistule persister. La méthode nouvelle a été expérimentée sur les animaux et appliquée à l'homme avec des résultats encourageants. L'*exclusion totale* a été pratiquée quatre fois, avec un seul décès (Von Baraez, Obalinski, Friele, Wiesinger). Mais il a fallu dans d'autres cas où elle avait été tentée (Punke) pratiquer à la hâte une fistule pour parer à des accidents de perforation menaçants. Au contraire, l'*exclusion partielle* d'un segment intestinal, c'est-à-dire non suivie de l'occlusion complète de ses deux extrémités, a donné chez l'homme des résultats qui la classent parmi les opérations les plus utiles de la chirurgie intestinale. Elle est indiquée dans tous les cas, où par suite de l'existence d'un néoplasme étendu, où la présence d'une fistule intarissable avec adhérences, la résection ne peut être pratiquée sans danger. C'est dire que les lésions du gros intestin, cœcum et côlon, sont justiciables de cette méthode, tandis que l'intestin grêle, pédiculé et mobilisable, sera de préférence réséqué. D'ailleurs, ce dernier sécrète abondamment, condition défavorable à l'exclusion, surtout totale. Bornée à ces indications, l'exclusion est préférable à l'entéro-anastomose, qui laisse s'accumuler les produits et sécrétions dans le segment altéré, d'où irritation continuelle et aggravation de l'état général. On y trouve l'avantage de pouvoir ultérieurement pratiquer l'ablation totale de l'anse qui porte les lésions, car elle devient parfois mobilisable. On a même pu constater, par une laparotomie secondaire pour éventration (Obalinski), que le côlon ascendant exclu et complètement fermé s'était affaissé et transformé en un mince cordon dépourvu d'adhérences intestinales. M. Heydenreich fait

observer que l'exaltation de virulence du colibacille dans un segment intestinal fermé doit empêcher le chirurgien de faire l'exclusion totale d'emblée. Mais il peut la faire *en deux temps*. Dans une première intervention, il fixera à la peau l'un des bouts de l'anse exclue, après avoir fermé l'autre, on laissera persister les fistules, s'il en existe. Dans une deuxième, il procédera à l'occlusion de la fistule, lorsque la sécrétion sera devenue minime. Il conserve en outre la chance de voir se fermer spontanément cette sorte de soupape de sûreté.

AUGUSTE BENOIT.

Des injections massives intra-veineuses de sérum artificiel, après les hémorragies opératoires ou accidentelles, par M. le Dr SCHWARTZ. (*Journal des Praticiens*, 15 décembre 1896.) — L'auteur s'occupe spécialement des indications des injections de sérum artificiel dans les grandes hémorragies. Après avoir constaté les bons résultats obtenus dans son service par l'emploi de cette méthode chez les opérés qui ont perdu beaucoup de sang, il décrit la méthode opératoire.

Dans un hôpital, la solution salée doit toujours être prête d'avance, la solution contient 7 grammes pour 1,000 de sel. Deux ou trois ébullitions sont pratiquement suffisantes pour avoir l'eau stérilisée. La solution doit être conservée dans des ballons stérilisés fermés par un bouchon d'ouate stérilisée.

Lorsqu'on veut se servir de la solution, on la fait chauffer au bain-marie à 40°. On adapte un bouchon de caoutchouc, mais les deux tubes de verre le traversent. L'un de ces tubes coudé à angle droit plonge jusqu'au fond du liquide, l'autre affleure le bouchon.

Tubes, bouchons et la canule qui est destinée à pénétrer dans la veine seront soigneusement stérilisés.

Lorsque les veines des membres supérieurs sont suffisamment développées, on peut faire l'injection dans la veine médiane céphalique ou l'une des veines de l'avant-bras. On choisira le bras gauche de préférence au droit. Recourir aux veines de la jambe, de préférence à la saphène interne que l'on découvrira soit en avant de la malléole interne, soit à la face interne de la jambe ou de la cuisse, lorsque le système veineux des membres supérieurs est peu développé.

A condition que l'opération se fasse aseptiquement, il ne se produit dans la majorité des cas aucun accident qui puisse lui être imputé.

Les résultats immédiats de la transfusion sont très remarquables et très rapides. Le blessé ou l'opéré revient à la vie, la tension artérielle remonte. On observe souvent, quelques heures après la transfusion, une élévation anormale de la température, il n'est pas rare de constater un véritable frisson précédant l'accès fébrile. Cela n'a rien d'alarmant, en général tout rentre dans l'ordre au bout de peu de temps.

Les autres moyens employés autrefois ne doivent pas être négligés, mais associés à cette nouvelle méthode. Les injections sous-cutanées d'éther, d'huile camphrée, de caféine; le réchauffement de l'opéré, l'ingestion des boissons chaudes et stimulantes suivront heureusement l'acte fondamental qui est la transfusion séreuse.

A. CHASSEVANT.

Du traitement des tuberculoses osseuses et de l'ostéo-myélite chronique par le brome et ses dérivés, obtenus par voie d'électrolyse. (*Bul. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, décembre 1896.) — Le Dr BOISSEAU DU ROCHER ayant pu reconnaître que l'action de l'iode obtenu par électrolyse d'une solution d'un iodure est insuffisante dans les cas de tuberculose osseuse, se sert depuis plusieurs années du bromure de sodium, dont la solution est décomposée dans les tissus au moyen d'une électrode en platine : la solution est injectée au moyen d'un trocart en platine qui sert d'électrode et est relié au pôle positif d'une batterie à courant continu : le pôle négatif (large plaque mouillée) est placé dans le voisinage. La solution au vingtième se décompose, sous l'action du courant, en oxygène, ozone, acide bromhydrique et brome, tous corps désinfectants de premier ordre.

On ne fera les séances que toutes les trois semaines environ, car l'amélioration ne devient manifeste qu'au bout d'une quinzaine, dans les tuberculoses autres que les tuberculoses ganglionnaires.

En cas de suppuration, on interviendra deux fois par semaine.

Six observations, prises dans le service du Dr Duplay, démontrent qu'il faut en moyenne six semaines pour guérir par cette méthode une tuberculose osseuse ou articulaire non suppurée.

On n'observe jamais de réaction locale ou générale.

E. VOGT.

Traitement de la fistule fécale, par FREDERICK HOLME WIGGIN. (*Medical Record*, 24 octobre 1896.) — L'auteur rapporte trois observations détaillées d'occlusion de fistules fécales.

Dans deux de ces observations les troubles semblent avoir pour origine une attaque d'entérotyphlite à laquelle est venue s'ajouter dans le premier cas une obstruction de la portion infé-

rieure de l'iléon, et qui se sphacélant a été extériorisée de la cavité péritonéale par une péritonite adhésive. Dans le second cas il semble qu'un abcès s'est ouvert dans le cæcum avant l'intervention. Dans le troisième cas la fistule a été occasionnée par un processus inflammatoire du cæcum causé par le drain d'un abcès ouvert préalablement.

Suivant l'auteur, dans tous ces cas où l'intestin est devenu friable à la suite d'un long processus inflammatoire, il est préférable de réséquer l'intestin et de faire une suture d'après la méthode de Maunsell.

Avant de tenter la fermeture de la fistule, on doit s'assurer de la perméabilité de l'intestin dans toute sa longueur. L'emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique non irritant du péritoine est une excellente méthode.

Le succès de cette opération de fermeture de fistule fécale dépend à la fois de la perméabilité de l'intestin, de l'état des parois intestinales et de l'antisepsie de l'opération.

A. Chassevant.

Un cas de transplantation nerveuse, par M. Leonté. (*Société des Sciences médicales de Bucharest*, 28 octobre 1896.) — Il s'agit d'un malade, atteint de névrome récidivé du nerf médian gauche. Une première fois, après ablation de la tumeur, grosse comme une amande, un nerf de chat fut suturé entre les deux bouts et la sensibilité, ainsi que la mobilité abolies revinrent avec l'aide du traitement électrique. Il fallut recommencer une nouvelle ablation trois mois plus tard, cette fois, ce fut un fragment de nerf sciatique d'un chien qui servit à combler la solution de continuité. Or le résultat fut encore meilleur, au point de vue fonctionnel, malgré l'opinion des physiologues à ce sujet. M. Babès a montré qu'au centre, le nerf suturé conservait des filets nerveux et quelques cylindraxes et à la périphérie, un état granuleux à myéline et un réseau capillaire qui dénote la continuité des deux nerfs.

Aug. Benoit.

De la désinfection par l'eau chaude et l'alcool; son introduction dans la pratique courante. (*Deutsche med. Wochenschr.* 18 février 1897.) — Ahlfeld revient sur la méthode de désinfection préconisée par lui il y a un an environ, et consistant en un savonnage à l'eau chaude suivi de désinfection par l'alcool. Cette méthode permettra seule de déterminer, à propos de la fièvre puerpérale, quel est le rôle de l'auto-infection et de la prédisposition, en éliminant un facteur variable, l'infection par le doigt explorateur.

L'auteur a fait de nombreuses recherches comparatives à propos des diverses méthodes jusqu'ici préconisées : l'alcool présente sur elles l'immense avantage de donner les mêmes résultats ou à peu près, *quelle que soit l'habileté des personnes qui pratiquent la désinfection.* Tel n'est pas le cas avec d'autres substances, car on voit alors varier dans de grandes proportions les résultats obtenus chez les différentes personnes utilisant une même solution désinfectante.

Le procédé est simple : brossage et lavage, pendant cinq minutes, des mains et des ongles à l'eau de savon chaude, puis nettoyage à l'eau pure, suivi de brossage à l'alcool et de frictions avec une flanelle stérilisée trempée dans l'alcool. La main reste enveloppée dans la flanelle jusqu'au moment ou doit être pratiqué le toucher. Le doigt qui doit servir à toucher sera seul tout spécialement desinfecté, car la peau de la main est facilement stérilisable. Le doigt ne sera pas enduit d'un corps gras au moment du toucher.

L'alcool dénaturé à la térébenthine et l'alcool dilué (minimum 48°), peuvent être fort bien utilisés. Pour éviter le dessèchement provoqué par l'emploi de l'alcool, il faut, une fois l'examen fini, frotter le doigt avec quelques gouttes de glycérine.

E. Vogt.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Une nouvelle méthode cholagogue. (*Der Ærztl. Praktiker*, 1er février 1897.) — Blum (de Francfort-sur-Mein) revient sur la question de l'action cholagogue de l'oléate de soude, déjà traitée par lui au soixante-huitième congrès des naturalistes et médecins allemands. Il constate qu'il ne faut pas attribuer à l'irritation de la muqueuse stomacale, après ingestion de l'oléate, l'effet excitant sur la sécrétion biliaire, puisque l'injection hypodermique d'une solution aqueuse de 1 à 2 grammes d'oléate produit aussi un effet cholagogue. Le médicament, pour devenir assimilable, doit être purifié : on l'obtient alors sous forme d'une poudre blanche fusible à basse température, qu'on peut administrer en capsules ou pilules dans les cas de lithiase bilaire.

Pour produire une action cholagogue, on donnera 1 gramme deux fois par jour ; cette action

sera lente, mais les malades constatent bientôt que leurs accès sont moins fréquents et moins intenses. Le médicament peut être pris plusieurs mois de suite sans inconvénient.

E. Vogt.

Un cas rare de corps étrangers de l'estomac; gastrotomie ; guérison. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 21 janvier 1897.) — Fricker (d'Odessa) a fait chez un malade qui avait avalé, au cours d'une crise de mélancolie, divers objets dans le but de se suicider, la gastrotomie en juin 1896 : la nomenclature des corps étrangers extirpés au cours de l'opération paraîtra invraisemblable. Voici cette liste : une clef, une cuiller à café en argent, une autre en Christofle, une fourchette en Christofle, deux morceaux de fil de fer de 6 et 8 centimètres, deux épingles à cheveux, douze morceaux de verre, une espagnolette, une plume d'acier, neuf aiguilles, un morceau de graphite, un bouton de bottine, un grain de raisin, deux morceaux d'étain, une aiguille à tricoter, en tout trente-sept pièces du poids total de 281 gr. 85. La guérison fut rapidement obtenue et le malade quitta l'hôpital le 12 juillet. Ce cas paraît unique dans la littérature.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement de la tuberculose ; alimentation, par J. Grancher. (*Bulletin médical*, n° 10, p. 105, 1897.) — Il est des tuberculeux à qui on peut laisser le libre choix de l'aliment et du régime qui leur conviennent, mais ceux-là ne sont pas très nombreux, et, en tout cas, ce seront toujours des malades qui auront appris à se soigner, à surveiller leurs digestions et à remédier eux-mêmes aux désordres passagers de l'estomac et de l'intestin.

En général, il faut que le médecin guide le tuberculeux dans le choix de ses aliments.

La *viande crue pulpée* est l'un des meilleurs aliments que l'on puisse conseiller. Le malade la prendra comme il voudra, en boulettes roulées dans du sucre, dans du bouillon tiède ou froid, en tartines avec ou sans confiture, mélangée à un peu d'eau-de-vie ou un jaune d'œuf sucré et aromatisé au punch, ou mieux encore mélangée à une purée de pommes de terre, de lentille. Tout ceci est indifférent, mais la préparation ne l'est pas.

La viande crue de bœuf — le rumsteck est suffisant — doit subir trois manipulations successives : le raclage, le pilon, le tamisage.

1° Avec un couteau à lame mousse on racle la surface de la viande, en enlevant à mesure la trame fibreuse et on obtient ainsi de la raclure de viande à longs filaments.

2° On pile cette viande dans un mortier de pierre, de verre ou de marbre.

3° Puis on l'étale sur un tamis à purée et on l'écrase doucement sur le tamis avec une spatule ou une cuillère. Ce qui passe dans le tamis est une pulpe de viande, sans filament et sans grumeaux, d'une digestibilité et d'une nutritivité parfaites.

On prépare la même pulpe avec du mouton, mais peut-être moins bien, et par peur du ténia.

Cette peur est peu compréhensible, parce que le pilon brise le plus souvent les œufs du ténia et parce que 95 fois sur 100 on se débarrasse du ténia avec un jour de diète lactée suivie, le lendemain, d'une dose de pelletiérine et d'un purgatif. M. Grancher souhaiterait même à beaucoup de tuberculeux de prendre le ténia avec l'appétit formidable qui l'accompagne souvent! Il connaît au moins trois faits où le ténia semble avoir été beaucoup plus utile que nuisible.

La viande crue pulpée fait, avec les œufs, le fond de la « ration de guérison » parce qu'à la dose de 100, 150, 200 grammes et plus elle ne surcharge nullement l'estomac, se prend avec les repas ordinaires, à titre de supplément ou en dehors des repas sous forme de goûter, se digère vite et s'assimile admirablement. Elle est très supérieure aux poudres de viande qui fatiguent vite les malades et très supérieure aussi aux peptones souvent impures, aux consommés américains, à la solution Leube-Rosenthal, toutes préparations beaucoup moins naturelles et moins assimilables.

Il faut l'interrompre de temps en temps, surtout aux débuts, s'il survient quelque diarrhée ou dégoût, et, au besoin, baisser la dose, ou même la reprendre en très petite quantité, par cuillerées à café, avec augmentations lentement progressives. On doit aussi veiller non seulement à sa fraîcheur mais à sa pureté.

Quant au jus de viande obtenu par la compression de petits morceaux de bœuf légèrements cuits et saisis sur un feu vif, on le gardera pour remplacer la pulpe, pendant quelques jours tous les mois, afin d'éviter la fatigue de l'estomac ou le dégoût chez quelques malades. Mais c'est un aliment composé surtout d'eau, d'un peu d'albumine de sels et de matière co-

lorante du sang, très inférieur en somme à pulpe, aux œufs, au lait.

Les poissons, et surtout les poissons maigres à chair fine, tels que la sole, le merlan, le brochet, la limande sont un excellent aliment.

Les œufs sont un aliment aussi précieux que les viandes crues parce qu'ils contiennent beaucoup d'azote et une graisse très divisée et très assimilable. Le jaune d'œuf, associé ou non à la crème de lait, devient une ressource de premier ordre.

M. Grancher ordonne régulièrement, au premier déjeuner du matin, deux ou trois œufs à la coque presque crus, battus dans un verre de lait. On peut y ajouter un peu de café au lait et quelques biscuits ou du pain grillé. Ce déjeuner est très supérieur comme digestibilité et nutritivité, à la soupe, au chocolat au lait, pris en grande quantité, qui surchargent l'estomac sans bénéfice réel.

Le lait, en petite quantité, 150 à 200 grammes, est aussi un bon aliment, mais très inférieur aux deux premiers; c'est surtout un adjuvant de la cure comme véhicule des grands aliments : viandes, œufs, farineux. M. Grancher l'ordonne volontiers, en boisson, aux repas. C'est aussi un excellent aliment de repos, quand l'estomac est fatigué et qu'il convient de le mettre quelques jours à une diète relative.

Les poudres de lait, les laits humanisés, peptonisés ou diastasés ne sauraient être recommandés. Parmi les laits fermentés, le koumys rend quelquefois des services quand l'appétit est faible, l'intestin susceptible et facilement contractile. Quant au képhir il est utile dans les hypochlorhydries, surtout à titre de médicament. Le lait doit toujours être stérilisé ou bouilli.

Les céréales doivent faire partie de l'alimentation; parmi elles le riz est particulièrement indiqué, car il contient 7 0/0 d'albumine, 0,9 0/0 de graisse et 77, 4 0/0 d'hydrate de carbone; c'est de toutes les céréales celle qui contient le moins de graisse et le plus de carbone. Il doit être préparé de la façon suivante : à une quantité de riz connue on ajoute une égale quantité d'eau chaude et on fait bouillir le tout vivement jusqu'à épuisement de l'eau; ensuite on retire du feu et on assaisonne avec un peu de graisse très chaude et du sel. « Ainsi préparé, le riz est un aliment exquis dont on ne peut guère abuser tant sa digestibilité est parfaite. »

Les légumes secs, très riches en azote, tels les haricots, pois, lentilles, sont aussi, bien divisés et pulpés, c'est-à-dire débarrassés de leur cellulose, un bon aliment. On peut en dire autant des pommes de terre, des pâtes alimentaires, macaroni, nouilles.

Quant aux légumes verts, on peut les considérer comme des aliments fort médiocres, composés surtout d'eau et de cellulose.

En somme, c'est un régime mixte avec prédominance de substances azotées qui convient aux tuberculeux.

Les desserts — sauf le fromage, en particulier le gruyère, et les fruits cuits au four sans beurre et sans sucre — conviennent peu aux tuberculeux. Mieux vaut y renoncer et les remplacer par un entremet aux œufs et au lait, peu sucré.

En ce qui concerne les boissons, le vin rouge sera rarement permis. L'eau de source, pure ou additionnée d'un peu de vin blanc ou de bière, est la meilleure des boissons. Cependant le lait peut être très utile, en quantités très modérées, un verre au plus. La bière de malt est quelquefois agréable et utile, et aussi les boissons chaudes, thé léger et café.

G. Lyon.

Sur un cas d'application des rayons Rœntgen au traitement de phlegmasies aiguës de l'appareil thoracique, par Rendu et Du Castel. (*Société médicale des hôpitaux*, 15 janvier 1897.) — Les applications thérapeutiques des rayons Rœntgen paraissent devoir être prises en considération, depuis que le Dr Lortet a montré la possibilité de modifier puissamment la vitalité des tissus et peut-être d'exercer une action parasiticide à l'aide de ces rayons.

Un malade de MM. Rendu et Du Castel à la suite d'une pneumonie grave, avec symptômes typhoïdes, avait conservé des lésions pulmonaires caractérisées par des poussées congestives, accompagnées d'accès de fièvre se répétant régulièrement tous les deux jours et suivies d'une prostration considérable. Le thermomètre à chacun de ces accès atteignait et dépassait 40°.

Plus d'un mois après le début de la maladie on constatait les signes physiques suivant du côté du poumon atteint (poumon droit).

Le sommet était normal. Dans la fosse sous-épineuse, matité, souffle tubaire, bronchophonie et pectoriloquie aphone, avec exagération des vibrations thoraciques. Dans la partie inférieure du poumon la matité reparaissait, avec diminution des vibrations thoraciques, faiblesse respiratoire, souffle voilé, doux, d'apparence pleurétique et voix chevrotante. En dépit de ces apparences, il n'existait pas d'épanchement pleural, car la ponction exploratrice révéla l'absence de tout exsudat. Dans le reste du poumon, et surtout sous la clavicule, râles muqueux et sous-crépitants très nombreux, prenant en certains points le timbre caverneux.

On songea alors à une pneumonie caséeuse aiguë, diagnostic d'autant plus vraisemblable

que l'on trouva des bacilles de Koch dans un crachat rendu pour la première fois par le malade.

Au milieu de juillet le père du malade, ayant eu connaissance des expérience du Dr Lortet sur les cobayes tuberculeux, proposa l'emploi des rayons de Rœntgen.

L'appareil fut disposé de la manière suivante : Une bobine de Rumkhorff très volumineuse, comprenant 45 kilomètres de fil, fut mise en rapport avec un accumulateur électrique puissant. Les deux fils conducteurs, séparés par une tige de verre isolant, furent mis en contact avec un tube de Crookes monté sur un pied articulé qui, par un dispositif très simple, pouvait être maintenu à une distance déterminée de la poitrine du malade.

Les séances de radiation furent quotidiennes et durèrent chaque fois cinquante-cinq minutes. L'ampoule de Crookes contenait dans son intérieur un petit miroir de platine à 45° d'inclinaison, destiné à réfléchir les rayons et à les concentrer en un pinceau perpendiculairement à la surface de la poitrine. La distance entre celle-ci et la source lumineuse était de 10 à 15 centimètres. L'appareil ainsi disposé, il suffisait de faire passer le courant, ou de l'interrompre, pour obtenir ou supprimer la radiation lumineuse.

La poitrine était bien réellement traversée par les rayons car une plaque photographique sensibilisée fut mise, avec son châssis, derrière le dos du malade et l'on constata, en développant l'épreuve, que les côtes antérieures et postérieures, que l'omoplate, une petite médaille que portait le malade étaient très nettement reproduits.

Les effets physiologiques de la radiation sur le malade ont été nuls. Quant à la marche de la maladie elle a été modifiée d'une façon remarquable : la première application des rayons fut faite le 13 juillet; ce jour-là aucune modification apparente ne se manifesta; le thermomètre marqua 39°,1 comme la veille. Le lendemain même, l'accès de fièvre fut plus intense que de coutume, mais le 15 juillet la fièvre est un peu moins vive, 39°,4, et le malade dormit pendant la nuit, pour la première fois depuis cinq semaines.

Le 16 juillet, changement radical après la séance de rayons électriques; aucun mouvement de fièvre ne se produisit; en dépit d'une diaphorèse continue, excessive, d'une très grande faiblesse, le malade ressentit un bien-être inaccoutumé; le 17 et le 18 juillet l'apyrexie se maintint encore plus accentuée.

L'amélioration se poursuivit progressivement, mais du 23 au 28 juillet le malade eut au niveau des régions touchées par un rayon un érythème avec nombreuses bulles pemphizoïdes, véritables phlyctènes absolument identiques à celles des brûlures et reconnaissant la même pathogénie; la brûlure causée par les rayons donna lieu ultérieurement à des escarres qui mirent plus de trois semaines à s'éliminer.

Pendant ce temps le mieux continua à s'accentuer régulièrement; la fièvre, qui depuis soixante-sept jours avait résisté à toutes les médications, avait cédé absolument dès la quatrième séance de radiation Rœntgen.

Quant aux signes physiques ils se modifièrent sensiblement, car au 28 août il n'existait plus que quelques traces d'induration au niveau du hile.

La marche de cette bacillose aiguë a été insolite et la part des rayons Rœntgen dans la guérison du malade est certainement difficile à apprécier; cependant, à ne regarder que le fait brut et les dates chronologiques, elle paraît avoir été prépondérante : l'état du malade était franchement mauvais au moment où fut commencée la médication, et c'est après la quatrième application des rayons Rœntgen que l'apyrexie se déclara, accompagnée d'une crise de diurèse et de diaphorèse fort remarquable.

Il est peu probable qu'il n'y ait eu là qu'une coïncidence, car on se trouvait en présence d'une de ces fièvres hectiques qui ne tombent jamais brusquement et définitivement. On ne peut attribuer l'action des rayons X qu'à une atténuation de la virulence microbienne analogue à celle qu'exercent les rayons solaires sur le bacille de la diphtérie.

G. Lyon.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Ex-président de la Société française d'ophtalmologie.

De l'opération des cataractes secondaires adhérentes, par Galezowski. (*Recueil d'ophtalmologie*, septembre et octobre 1896.) — A chaque variété de cataracte secondaire, dit l'auteur, on doit appliquer un procédé opératoire approprié et pour éviter les complications immédiates ou tardives, il a imaginé et adopté deux procédés, à l'aide de deux aiguilles-serpettes, l'une droite et l'autre courbe. Le premier procédé consiste dans la division de la cataracte secondaire d'avant en arrière avec ces deux aiguilles-serpettes et le second, dans la division d'arrière en avant, réservé aux cataractes adhérentes épaisses, doublées d'exsudats plus ou moins consistants, avec ou sans oblitération

pupillaire. Ce genre de cataractes secondaires ne peut être opéré avec avantage qu'en faisant une incision d'arrière en avant.

Cinq observations sont relatées et l'auteur conclut : 1° que dans les cataractes secondaires non adhérentes, une simple discision avec une aiguille-serpette enfoncée d'arrière en avant près du bord pupillaire suffit pour désobstruer le champ pupillaire ; 2° que dans les cataractes secondaires adhérentes, la discision devra être pratiquée avec deux aiguilles, l'une placée à la surface antérieure et l'autre engagée derrière la membrane ; 3° que si les adhérences sont très étendues et que l'iris soit atrophié, il faudra prolonger l'incision jusque dans une certaine étendue de l'iris lui-même.

KOPFF.

Affections oculaires latentes, par JOCQS. (*Clinique ophtalm.*, janvier 1897.) — L'auteur insiste avec raison sur l'importance d'une thérapeutique active et hâtive, dirigée contre les affections oculaires latentes, qui n'éveillent pas l'attention des malades en raison de leur indolence et qui cependant évoluent et produisent des désordres quelquefois sérieux. Le fait qu'elles ne provoquent pas de souffrances, explique comment il se fait que les malades n'y attachent pas d'importance, ne s'en inquiètent pas et même souvent ne s'en doutent pas. Et cependant le diagnostic précoce, de même que la thérapeutique précoce de ces affections, s'imposent pour éviter des désordres, des lésions et des états sérieux et chroniques.

L'auteur indique dans sa brochure les moyens de dépister ces affections et de leur appliquer un traitement approprié. Les principales affections de ce genre sont :

1° Les états lacrymaux latents, sans larmoiement et dans lesquels il n'existe qu'un peu de conjonctivite spéciale peu intense, ou un peu de blépharite, ou simplement de l'asthénopie accommodative ;

2° Les troubles oculaires dus à des vices de réfraction qui ne trahissent leur existence que par la céphalalgie d'origine oculaire due à de l'asthénopie ;

3° L'iritis latente (uvéite irienne du Dr Grandclément) qui procède par poussées successives d'une durée assez courte, attaquant alternativement chacun des deux yeux, sans injection de l'œil, sans douleurs, avec simplement un léger trouble de la vision.

KOPFF.

Des injections sous-conjonctivales dans le traitement de certaines affections oculaires, par WILLIAM H. WILDER, professeur à la Policlinique de Chicago. (*Journal de médecine et de chirurgie de Chicago*, décembre 1896.) — Cette méthode remonte à 1891, où MM. Reymond (de Turin) et Darier la pratiquèrent pour la première fois. Elle consiste en une injection sous la conjonctive de deux ou trois gouttes d'une solution de sublimé ou de cyanure de mercure au millième, après anesthésie de l'œil par la cocaïne. L'aiguille bien stérilisée est introduite sous la conjonctive à 8 ou 10 millimètres de la cornée.

Cette thérapeutique a été pratiquée dans un grand nombre d'affections oculaires avec des succès variables : dans les blessures de l'œil, dans les ulcères infectieux de la cornée avec ou sans hypopion, dans les différentes variétés d'iritis, irido-cyclite irido-choroïdite, dans les hyalites, les rétinites, les névrites, les atrophies du nerf optique, dans l'ophtalmie sympathique et dans les altérations choroïdiennes de la myopie.

Cette méthode a ses partisans et ses adversaires ; ces derniers trouvent qu'il n'est pas possible d'attribuer à l'injection d'une si faible quantité de mercure une action antiseptique sérieuse et des effets plus rapides qu'avec des instillations.

MM. Mellinger et Pflueger disent avoir obtenu d'excellents résultats dans la résorption d'exsudats iriens, dans les choroïdites et d'autres affections oculaires, avec des injections sous-conjonctivales de solutions salées et ils prétendent que l'effet des injections en général, salées ou autres, consiste à activer la circulation lymphatique et à favoriser l'absorption des produits infectieux ou inflammatoires ; tandis que M. Darier conteste aux injections salées les mêmes propriétés que celles de mercure.

L'auteur a eu depuis trois ans de fréquentes occasions d'appliquer la méthode des injections sous-conjonctivales mercurielles et il estime qu'elle est précieuse surtout dans les affections de l'iris et de la choroïdite. Il rapporte un certain nombre d'observations à ce sujet et il conclut qu'on ne doit pas pour cela abandonner les moyens usuels et consacrés par l'expérience qui doivent être employés en même temps (atropine, compresses chaudes, sangsues, traitement interne et constitutionnel). Les injections ne sont pas une panacée, mais une excellente méthode de traitement dans les cas où l'administration du mercure est indiquée.

KOPFF.

L'eucaïne, succédané de la cocaïne, par DE METS. (*Annales de la Société médico-chirurgicale d'Anvers*, août et septembre 1896.) — L'auteur a essayé ce nouveau produit dont on vante les propriétés anesthésiques. Il s'est servi pour cela d'une solution à 2 0/0 de chlo-

rhydrate d'eucaïne, comparativement avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, au même titre. Avec l'eucaïne, l'œil conserve son aspect normal; son action commence à se faire sentir sept minutes après l'instillation et se prolonge pendant vingt à trente minutes. Elle paraît être un anesthésique au moins aussi fidèle que la cocaïne, dans ses applications à l'œil. Elle présente sur la cocaïne l'avantage de ne pas produire de mydriase. Il y a tout au plus une certaine réduction de la contractilité du sphincter irien.

On voit par là quel bénéfice doit en résulter dans les cas où la mydriase cocaïnique devient un réel inconvénient, par exemple dans les cas d'opérations de glaucome.

En pratique, M. de Mets s'est bien trouvé de mélanger les deux produits dans les proportions de trois parties d'eucaïne pour une partie de cocaïne, quel que soit le titre de la solution employée.

Quant à l'action de l'eucaïne sur les autres muqueuses, d'après Reichert, elle est supérieure à celle de la cocaïne pour les applications aux affections de la gorge et du nez et elle est moins toxique pour le cœur, vis-à-vis duquel elle reste indifférente. Jamais le moindre symptôme d'intoxication n'a été constaté malgré des applications nombreuses et des injections hypodermiques multiples.

Elle est également indiquée en chirurgie dentaire, d'abord à cause de son innocuité, puis ensuite parce qu'elle ne produit pas une infiltration et un œdème comme la cocaïne.

Donc, l'eucaïne a des vertus anesthésiques, égales sinon supérieures à la cocaïne et pardessus tout, elle n'est pas toxique pour les centres de la circulation et de la respiration comme la cocaïne.

KOPFF.

Chirurgie des voies lacrymales, par M. HYGINO DE SOUSA. (*Revue portugaise de médecine et chirurgie pratiques*, novembre 1896.) — L'auteur apporte une statistique de 166 cas d'affections des voies lacrymales qu'il a traités suivant la méthode suivante :

Les légères inflammations du sac n'ont jamais été l'objet d'une intervention quelconque (sondes, couteaux, cautérisations). Il laisse complètement de côté les méthodes violentes dans ces cas, les réservant pour les formes sérieuses, qu'il divise en trois groupes : 1° dacryocystites chroniques, avec sécrétion muco-purulente; 2° dacryocystites phlegmoneuses; 3° fistules lacrymales.

Dans les dacryocystites chroniques, il pratique l'ouverture du canalicule lacrymal inférieur avec le couteau de Weber et il introduit immédiatement une sonde n° 3 de Bowman. L'ouverture du canalicule n'est jamais prolongée jusqu'au sac lacrymal et n'a pas plus de 2 ou 3 millimètres d'étendue.

Les sondages, au nombre de vingt à vingt-cinq, sont faits tous les jours, en augmentant progressivement le calibre jusqu'au n° 6. Les sondes sont gardées quinze à vingt minutes.

Le calibre des voies lacrymales, même rétrécies, permet en général toujours le passage d'emblée de la sonde n° 3 et l'auteur ne se sert jamais au début des sondes n° 1 ou n° 2, qui peuvent facilement pénétrer dans la muqueuse même et faire des fausses routes.

L'irritation provoquée par les sondages disparaît vite au bout de quelques jours.

Lorsque, après 25 cathétérismes, il persiste encore de la sécrétion purulente, l'auteur pratique des injections astringentes et désinfectantes, au sulfate de zinc ou au sublimé, avec la seringue d'Anel à laquelle est adaptée une sonde creuse de Bowman. Il recommande de faire, avec l'indicateur ou le petit doigt, des pressions et un léger massage au niveau du sac, pour aider au traitement.

Les dacryocystites phlegmoneuses réclament une intervention qui varie suivant les indications. Dans les cas qui ne réclament pas une incision d'urgence, il commence par des applications résolutives et calmantes et fait ensuite une simple lacrymotomie suivie de cathétérismes.

Dans d'autres cas, il pratique séance tenante l'ouverture du sac pour donner issue au pus, qu'il évacue sans détruire les parois du sac. Une irrigation au sublimé est faite et un pansement occlusif appliqué. Au bout de vingt-quatre heures la réunion est faite par première intention et il pratique alors une lacrymotomie et les cathétérismes. Lorsque la réunion ne s'est pas faite par première intention, cela ne l'empêche pas de faire la lacrymotomie et le cathétérisme, mais sans détruire le sac. Il ne recourt à cette destruction qu'en dernier ressort, lorsqu'il est convaincu qu'il n'y a pas moyen de rétablir le fonctionnement régulier ou à peu près régulier des voies lacrymales. Il détruit le sac soit avec la pierre de nitrate d'argent, soit en le disséquant.

Quant aux fistules lacrymales, elles nécessitent un traitement prolongé avec patience, par les cathétérismes et la désinfection du sac et de la fistule pendant trois ou quatre mois, sans destruction du sac autant que possible.

KOPFF.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Valeur comparée des injections de calomel et d'huile grise dans le traitement de la syphilis, par A. GAUSSEL. (*Nouveau Montpellier médical*, nos 3 et 4, 1897.) — Les injections de calomel exposent d'avantage à des complications d'ordre douloureux. La douleur, d'une part, s'observe plus fréquemment avec ce sel, et, en deuxième lieu, elle est généralement plus intense et plus tenace.

Les infiltrats s'observent plus fréquemment avec ce sel qu'avec l'huile grise; enfin, on admet que le calomel expose plus aux stomatites que l'huile grise.

Quant à l'action thérapeutique, celle du calomel est plus active et plus rapide que celle de l'huile grise; mais il ne s'ensuit pas que l'on doive le préférer dans tous les cas; en effet, l'huile grise laisse l'organisme plus longtemps imprégné de mercure. Le calomel est surtout indiqué dans les manifestations syphilitiques graves par leur localisation, leur marche rapide, leur résistance aux autres méthodes de mercurialisation, leurs récidives; il est indiqué toutes les fois qu'il y a urgence à établir rapidement sur des bases certaines le diagnostic d'une lésion susceptible d'être de nature syphilitique.

G. LYON.

Traitement du sycosis. (*Comptes rendus de la Société de dermatologie de Moscou*, t. IV, 1894.) — POSPELOFF fait d'abord remarquer que la division classique du sycosis en deux catégories : parasitaire et non parasitaire, n'est probablement pas justifiée. D'après lui, il n'y a qu'un sycosis qui est toujours parasitaire. C'est à ce point de vue qu'il faut se placer pour le traitement.

La destruction des foyers suppurés au centre desquels sont plantés les poils s'obtient par le rasoir. On rase au commencement suivant la direction des poils ; plus tard, lorsque l'irritation de la peau est diminuée, il faut raser à rebours.

Les malades doivent être rasés tous les jours, le matin après avoir savonné la barbe avec du savon au sublimé et à l'aide de l'ouate hydrophile la région rasée est saupoudrée avec du talc calciné. Pour la nuit, on fait des badigeonnages avec une pommade composée de fleur de soufre, de goudron à quantités égales, de farine fine et de lanoline.

Si les badigeonnages déterminent une irritation de la peau, il faut les suspendre pendant deux ou trois jours, mais on continue néanmoins à raser la région malade.

Pospeloff cite le cas d'un malade atteint de sycosis de la barbe et des moustaches pendant dix-huit ans et chez lequel il a obtenu la guérison complète au bout de deux mois par la méthode qu'il préconise et que nous venons d'exposer plus haut.

B. TAFT.

Traitement du sarcome de la peau par l'arsenic. (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 22, 1896.) — POSPELOFF rapporte le cas d'une femme de 50 ans, chez laquelle l'arsenic employé a hautes doses (acide arsénieux, 50 centigrammes pour 100 pilules, une pilule par jour ; cette dose était augmentée tous les cinq jours d'une pilule jusqu'à huit pilules par jour) a donné d'excellents résultats. A propos de ce cas, l'auteur fait remarquer que l'amélioration donnée par l'arsenic ne se manifeste pas très vite, et c'est pour cela probablement que le médecin après un ou deux mois d'attente vaine, arrête le traitement; il faut attendre bien plus longtemps (six mois environ).

A la fin de son travail, Pospeloff croit nécessaire de dire qu'il ne peut pas encore affirmer la guérison absolue et définitive de cette femme, étant donné que le sarcome récidive. Il faudra donc attendre un laps de temps assez long pour pouvoir se prononcer.

Ajoutons qu'en six mois, la malade avait ingéré 800 pilules et 10 grammes de liqueur de Fowler.

B. TAFT.

Traitement de l'ulcère variqueux par l'oxyde de mercure. (*Therap. Monatshefte*, décembre 1896.) — Le Dr SCHALENKAMP n'emploie plus que le précipité rouge dans le traitement des ulcères variqueux. Il faut débuter par l'application, pendant deux jours, d'une solution d'acétate d'alumine (deux cuillerées à soupe de la solution officinale pour un demi-litre d'eau). Puis, on saupoudre pendant trois jours avec l'oxyde rouge en poudre impalpable (une application par jour, après nettoyage minutieux préalable) et on passe ensuite à l'application, deux fois par jour, de la pommade au précipité rouge. Par-dessus, une bonne couche d'ouate : un peu de compression favorisera la guérison. L'auteur est revenu à cette méthode, déjà ancienne, après de nombreux essais avec d'autres topiques recommandés de divers côtés.

E. VOGT.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Traitement des cystites tuberculeuses, par Guyon. (*Bulletin médical*, n° 4, p. 33, 1897.) — Le traitement général a une importance capitale comme dans le traitement de toutes les tuberculoses en général; il faut donc soumettre les malades à une alimentation substantielle, à l'usage de l'huile de foie de morue.

Les malades atteints de cystite tuberculeuse ont une très grande intolérance de la vessie; il n'est pas de malades qui aient la vessie plus irritable, et cela dès le début de l'affection. Il faut donc explorer le moins possible les vessies tuberculeuses, éviter les lavages intra-vésicaux, à grand ou à petit courant.

Le traitement topique doit être institué le plus tôt possible. Après avoir essayé successivement l'acide borique, l'iodoforme, l'huile créosotée, le formol, etc., M. Guyon n'a retenu que deux substances comme étant réellement efficaces : le sublimé et le gaïacol.

Le gaïacol est réellement utile, et, chose importante, bien toléré par la vessie tuberculeuse. Il jouit d'une action anesthésique spéciale très précieuse, quoique peu durable. Il a sur la cocaïne l'avantage d'agir sur la muqueuse enflammée. Sur les 17 malades traités de cette façon, il y a eu 3 améliorations notables des symptômes douleurs et fréquence des mictions, 4 améliorations passagères et 4 améliorations portant sur un symptôme unique, la douleur (2 cas) ou la fréquence (2 cas). Chez les 6 autres malades le résultat a été nul. La proportion des améliorations a donc été de 16,6 0/0.

Les résultats sont beaucoup plus démonstratifs pour le sublimé. M. Guyon a commencé à employer cet antiseptique en 1890 pour le traitement des cystites en général et de la cystite tuberculeuse en particulier. Sur les 33 malades traités, il y a eu 4 guérisons complètes, 5 grandes améliorations, 8 améliorations légères, 15 insuccès. Soit 27 0/0 de succès, ce qui peut être considéré, dans une affection tuberculeuse, comme un excellent résultat. Le sublimé offre l'avantage d'être actif à doses très faibles, ce qui aide à le faire tolérer.

On se sert généralement, pour commencer, de la solution à 1/5000, puis on élève progressivement le titre; il est rare que l'on puisse dépasser 1/3000.

Mais on rencontre des vessies intolérantes, même pour la solution à 1/5000. Dans ces cas, on doit abaisser le taux des solutions.

On instillera 30 à 40, 50 gouttes au plus de la solution.

En ce qui concerne l'intervention chirurgicale, on ne doit pas se faire grande illusion sur son efficacité.

La taille hypogastrique, pratiquée 16 fois, a donné à M. Guyon 1 guérison, 2 améliorations, 7 morts, 6 résultats négatifs.

Le drainage général a donné de meilleurs résultats, notamment chez la femme; il permet d'ailleurs de faire le curettage partiel de la vessie.

G. Lyon.

De la résection du canal déférent, dans le but de guérir l'hypertrophie de la prostate. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 21 janvier 1897.) — Koehler donne un travail d'ensemble traitant la question de la résection d'une portion du canal déférent, avec ligature des deux extrémités sectionnées. Sur 76 cas, on a obtenu 36 guérisons de l'hypertrophie prostatique, 16 améliorations et 15 insuccès.

Dans une observation personnelle de résection uni-latérale, l'auteur observa une atrophie limitée au lobe correspondant de la prostate. Un tel résultat peut souvent suffire à enrayer la prostatite chronique, et il sera préférable de s'en tenir à cette seule intervention quand un des lobes sera plus hypertrophié que l'autre. On évitera ainsi autant que possible les complications opératoires, toujours à craindre, même en présence d'interventions de minime importance, chez les sujets avancés en âge.

E. Vogt.

Traitement des complications de la blennorrhagie. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, février 1897.) — Le Dr Horovitz passe en revue les diverses complications de la blennorrhagie : nous résumons ici, en quelques mots, les résultats de sa pratique.

1° *Balanite.* — Nettoyage avec de l'ouate phéniquée, application de poudres siccatives (tanin et dermatol àà., p. ex.). En cas d'ulcérations du prépuce, iodoforme.

2° *Lymphangite.* — Enveloppements froids humides; balsamiques à l'intérieur.

3° *Crêtes de coq.* — Curettage des condylomes, la peau étant préalablement bien désinfectée et fortement tendue. On touche ensuite la plaie avec le crayon de nitrate d'argent : pansement antiseptique. L'hémorragie est négligeable. Les condylomes qui ne dépassent pas encore le niveau de la peau seront cautérisés avec : oxyde de plomb 25 centigrammes, potasse caustique 7 gr. 50. Une goutte du mélange déposée sur le condylome suffit pour le détruire.

4° *Infiltrations et abcès péri-uréthraux.* — Désinfection minutieuse du canal, balsamiques à l'intérieur, application locale du froid. Ouvrir de suite ces abcès s'il en existe.

5° *Cowpérite.* — Même traitement : en cas d'abcès, lavages avec l'eau phéniquée à 5 0/0, ou tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité.

6° *Epididymite, funite, etc.* — Repos au lit : application du froid ou d'une couche épaisse du mélange suivant : argile des potiers, vinaigre et eau, dont on fait une pâte épaisse qu'on étend sur un linge. Cette méthode calme très efficacement les douleurs. Les névralgies testiculaires, si tenaces, céderont parfois facilement à des injections sous-cutanées de cocaïne (10 centigrammes à 20 centigrammes par injection).

7° *Prostatite.* — En dehors de la médication classique, l'auteur n'a pas eu à se louer, surtout dans les cas aigus, du massage de la glande préconisé par divers auteurs.

8° *Cystite.* — Salol ou santal à l'intérieur, tisanes diurétiques, lavages intra-vésicaux avec 100 grammes d'une solution tiède de nitrate d'argent à 1 00 00. Le bleu de méthylène en pilules de 0,3 (trois à quatre par jour) a donné de bons résultats dans les cas où les symptômes cliniques persistent après disparition des lésions constatée par l'examen endoscopique.

E. Vogt.

L'argonine, nouvel antiblennorrhagique. (*Therap. Wochenschrift*, 7 février 1897.) — Le Dr Zydlowicz, assistant à l'Université de Cracovie, a repris sur une grande échelle l'étude du caséinate d'argent (argonine). L'auteur conseille de dissoudre la poudre d'argonine dans de l'eau à 40° environ, et d'ajouter quelques gouttes d'ammoniaque ; cette pratique facilite la dissolution. La solution concentrée est à 10 0 0 ; la formule qui servit pour les injections urétrales fut de 3 pour 200. La recherche du gonocoque a été pratiquée tous les trois jours pour tous les malades en expérience : leur disparition fut obtenue en quinze jours au maximum.

En résumé, l'argonine détruit rapidement les gonocoques et provoque une diminution de l'inflammation ; sur 33 cas, le médicament ne fut mal supporté que par un malade. L'argonine est utile à tous les stades de la blennorrhagie.

Si, après trois à cinq examens faits de trois jours en trois jours, on ne trouve plus trace de gonocoques, on peut considérer le malade comme guéri.

E. Vogt.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Tumeur maligne de l'utérus traitée par les toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus, par R.-M. Stone. (*Medical Record*, 21 novembre 1896.) — L'auteur publie l'observation détaillée d'une malade portant une tumeur maligne inopérable de l'utérus, qu'il a traité avec les toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. Le diagnostic de cette tumeur a été confirmé par l'examen histologique d'un fragment. La malade, considérablement affaiblie par des hémorragies répétées, se présentait profondément anémiée et émaciée. Sous l'influence du traitement par les toxines, l'écoulement utérin fut abondant ; les forces reparurent sans réaction fébrile ni frisson. On eut cependant deux fois du collapsus occasionné par l'injection de doses trop considérables, faites trop près de l'utérus.

L'atrophie de l'utérus avait fait penser qu'il n'y aurait plus de menstruation. On les vit reparaître cependant. Au bout d'un an, la malade, considérablement améliorée, pèse 10 livres de plus que le poids normal, est vigoureuse, mange et dort bien, n'a plus de douleurs pelviennes ; elle peut vaquer à ses occupations ménagères. Ses muscles sont forts et son esprit sain.

On a employé des toxines d'érysipèle non filtrées et filtrées. Les doses injectées ont varié de 2 minims (0cc,118) à 30 minims (1cc,77) par jour.

On a observé à la suite d'une première injection de 19 minims (1cc,121) dans la paroi vaginale ou un accident grave avec collapsus, frisson, élévation de température à 104° Fahenheit (40°).

Un second accident s'est encore produit dans les mêmes conditions à la fin du traitement à la suite d'une injection de 7 minims (0cc,413) faite dans la même région.

C'est un cas unique d'amélioration de tumeur inopérable de l'utérus guérie par les injections de toxines.

A. Chassevant.

Des opérations employées dans les rétroflexions et les rétroversions de l'utérus. (*Journal d'accouchements et de gynécologie russe*, n° 12, 1896.) — Goubareff arrive à formuler à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Le traitement opératoire des rétroversions et des rétroflexions ne peut être indiqué que dans

des cas où tout phénomène inflammatoire a disparu et où la mobilité de l'organe est revenue.

2° L'opération d'Alquié-Alexander remplit toutes les indications dans la rétroversion.

3° Il n'est pas rationnel d'employer cette opération dans les cas de prolapsus.

4° Si le déplacement de l'utérus en arrière est compliqué d'abaissement, il faut d'abord parer à ce dernier accident avant de penser à agir chirurgicalement contre le déplacement en arrière.

5° Il faut faire disparaître toute augmentation de volume de l'utérus avant de commencer le traitement opératoire.

6° La fixation de l'utérus aux organes voisins étant antinaturelle n'a pas de base rationnelle.

B. Taft.

Traitement des fistules vésico-vaginales. (*Wratsch*, n° 46, 1896.) — Bogdanoff après avoir passé en revue les différents procédés de traitement proposés jusqu'ici pour le traitement des fistules vésico-vaginales s'arrête longuement sur le procédé de Mac Kenrodt qui consiste, comme on le sait, à séparer la vessie de la paroi vaginale et à les suturer séparément. Dans les fistules urétro-vaginales l'auteur recommande le procédé de Ott dont la première idée appartient à Zayaizky. L'auteur a appliqué ce procédé dans deux cas en le modifiant légèrement, et, malgré les quelques erreurs de technique commises pendant l'opération, il est resté très content des résultats obtenus : les malades retenaient parfaitement leurs urines.

B. Taft.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Traitement des hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés. (Thèse de M. Hermary, 1896.) — Ces hémorragies sont rares heureusement, mais elles peuvent être fort graves, aussi est-il important de savoir quelle conduite on devra tenir en présence d'elles.

Avant tout, en présence d'un enfant en proie à une hémorragie gastro-intestinale, il faudra s'assurer si la source primitive du sang siège dans le tractus gastro-intestinal ou bien si l'enfant ne rejette pas simplement du sang dégusté et provenant du mamelon de la nourrice, ou bien du liquide amniotique sanglant avalé pendant l'accouchement, ou encore du sang provenant primitivement du nez ou de la bouche ou du pharynx de l'enfant (section du frein, opération de bec-de-lièvre, etc.). L'hémorragie peut être due aussi à des polypes du rectum.

Toutes ces réserves étant faites, quand l'hémorragie provient manifestement du tube gastro-intestinal, quel traitement appliquera-t-on?

Dans les cas légers, il suffira le plus souvent de surveiller la respiration et la circulation, d'espacer les tétées et de diminuer leur durée. L'enfant sera tenu au chaud et on lui prescrira quelques gouttes de perchlorure de fer, dans une potion sucrée qu'on donnera de cinq minutes en cinq minutes ou de quart d'heure en quart d'heure.

Dans les cas plus graves, M. Hermary conseille de remplir les trois indications suivantes :

1° Agir sur la peau : frictions sèches ou alcoolisées, bains chauds à 38° ou 40° et d'une à cinq minutes de durée, puis repos absolu dans la couveuse chauffée à 37°, ou tout au moins enveloppements ouatés ou boules chaudes.

2° Soutenir les forces par l'alimentation ; on devra avoir recours au gavage s'il est utile.

3° Provoquer la vaso-constriction gastro-intestinale au moyen des boissons froides, glace à l'intérieur, et aussi au moyen de l'ergotine, etc.

L'*ergotine* sera administrée en injections sous-cutanées à la dose de un quart ou une demi-seringue de Pravaz d'ergotine Yvon, ou à la dose de 20 à 50 centigrammes dans une potion de 30 grammes ; l'*extrait de ratanhia* à la dose de 2 à 4 grammes en potion. Le meilleur remède contre ces hémorragies paraît être une potion réunissant l'ergotine et l'extrait de ratanhia qu'on donnera par cuillerée à café ou à dessert, de quart d'heure en quart d'heure. On choisira l'injection d'ergotine si l'hémorragie est importante.

On a prescrit encore le tanin à la dose de 15 centigrammes dans 30 grammes de sirop de ratanhia, le perchlorure de fer à la dose de trois à cinq gouttes dans 30 grammes de lait, l'alun à celle de 10 centigrammes, l'acide gallique, la teinture de cachou, l'extrait fluide d'hamamélis virginica (vingt gouttes toutes les demi-heures).

Quand l'hémorragie a été abondante au point de déterminer un état d'adynamie voisin du collapsus, on emploiera des révulsifs cutanés (ventouses sèches, cataplasmes sinapisés) et on aura recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel ou naturel. On pourra concurremment employer les inhalations d'oxygène, les piqûres d'éther, la respiration artificielle.

Quant au traitement préventif, il consiste à assurer le libre exercice de la respiration ; on veillera à ce que les vêtements de l'enfant ne puissent mettre obstacle à l'ampliation thoracique.

et aussi à ce que les mères ne donnent pas une trop grande quantité de lait au nouveau-né.

Enfin, dans certains cas, la syphilis semble avoir été incriminée à juste titre. Il faut, dans les cas où elle est soupçonnée, avoir recours au mercure et à l'iodure de potassium qui ont donné quelquefois de fort beaux résultats.

E. Thiercelin.

Sur le traitement de la coqueluche, par Ritter. (*Berlin. klinische Wochenschrift*, n° 48, p. 1070, 1896.) — La quinine et le bromoforme sont les seuls médicaments qui aient une réelle efficacité contre la coqueluche. A partir du 1er mai 1894, tous les enfants atteints de coqueluche ont été répartis en deux séries par Ritter. Deux sur quatre étaient traités par la quinine et les deux autres par le bromoforme.

La quinine a été donnée à l'intérieur, à la dose de 1 décigramme par année d'âge, et chez les enfants au-dessous d'un an, à la dose de 2 décigrammes par mois d'âge.

Le bromoforme a été administré de la façon suivante : une goutte trois fois par jour chez les enfants au-dessous de 6 mois, quatre fois par jour chez les enfants âgés de 6 à 9 mois, deux gouttes trois fois par jour chez les enfants âgés de 9 mois à 2 ans. Au-dessus de 2 ans on donnait autant de gouttes que le malade comptait d'années, chaque dose étant répétée autant de fois que l'enfant avait d'années d'âge.

Ainsi, un enfant de 5 ans prenait cinq fois par jour cinq gouttes de bromoforme dans une demi-cuillerée à thé de vin de Hongrie.

Le bromoforme a donné des résultats supérieurs à ceux donnés par la quinine, dont l'administration par la bouche a d'ailleurs été parfois impossible. Jamais un accident n'est survenu à la suite du traitement par le bromoforme. Le résultat habituel est une atténuation immédiate de tous les symptômes; en quinze jours au plus, la maladie revêt une grande bénignité; de plus, sa durée est sensiblement abrégée (quatre à cinq semaines chez la moitié environ des malades, cinq à six semaines chez les autres).

G. Lyon.

Traitement du catarrhe naso-pharyngien chez les enfants, par J. Comby. (*Méd. mod.*, 3 février 1897.) — L'inflammation subaiguë et chronique de la muqueuse pharyngée est fréquente chez les enfants lymphatiques, elle entraîne une sécrétion muco-purulente qui, la nuit, tombe sur la paroi postérieure du pharynx et menace l'entrée du pharynx, d'où la toux réflexe habituelle. Ce catarrhe de la gorge est très souvent dû à un coryza postérieur et mérite le nom de catarrhe naso-pharyngien. C'est lui qui détermine une toux spéciale, toux pharyngée, toux nocturne spasmodique émétisante des jeunes enfants, ne s'accompagnant d'aucun signe stéthoscopique.

Il peut survenir chez les tout jeunes enfants et peut quelquefois être assez abondant pour déterminer des accidents analogues au croup. Il est surtout fréquent chez les enfants lymphatiques et accompagne souvent l'hypertrophie amygdalienne ou les végétations adénoïdes.

Le traitement doit être général et local.

Général : Huile de foie de morue, sirop iodotannique, bonne alimentation, cure d'air et de soleil, si l'enfant est lymphatique.

Local : Il consiste dans la toilette des cavités nasales et pharyngiennes. M. Comby n'est pas partisan du siphon de Weber qui risque d'infecter l'oreille moyenne. Mais il recommande les vaporisations, les pulvérisations naso-buccales avec l'eau sulfureuse d'Enghien, Eaux-Bonnes, La Bassère, Challes, etc. Les pulvérisations seront faites matin et soir avec un petit appareil à vapeur.

On peut aussi introduire dans les fosses nasales de la vaseline boriquée avec ou sans antipyrine.

Mais ce qui semble plus efficace, c'est l'instillation d'une ou deux gouttes d'huile mentholée à 1 pour 30 ou 40 dans chaque narine, la tête de l'enfant étant renversée en arrière.

Huile d'amandes douces.	10 grammes.
Menthol.....	25 centigr.

Introduire matin et soir une goutte de cette mixture dans chaque fosse nasale.

Quant au pharynx, on peut se borner aux pulvérisations indiquées plus haut, ou faire des irrigations, ou encore des attouchements avec la teinture d'iode pure ou mitigée. Mais le traitement nasal doit être préféré et mis en première ligne.

E. Thiercelin.

Prolapsus du rectum chez l'enfant et de son traitement, par Broca. (*Bulletin médical*, n° 7, p. 69, 1897.) — La pathogénie de la chute du rectum peut se résumer en un mot, comme celle du prolapsus génital chez la femme : il y a disproportion entre la solidité des moyens de fixité du rectum et l'importance des efforts subis par cet intestin.

Un premier groupe de facteurs étiologiques est constitué par diverses prédispositions anatomiques, c'est-à-dire par la diminution des moyens de fixité du rectum. D'autre part la constipation, les hémorroïdes, la rectite sont des causes efficientes fréquentes chez l'enfant;

on peut encore incriminer l'existence de polypes, de rétrécissements congénitaux.

L'indication générale dans le prolapsus primitif est de réduire, — ce qui, en général est aisé, — puis de maintenir, et c'est ici que commencent souvent les difficultés.

Pour réduire, on couche l'enfant sur le côté, on relève la fesse supérieure, et à travers une compresse enduite de vaseline on exerce sur le prolapsus une sorte de taxis, l'extrémité des cinq doigts appuyant tout autour, tandis qu'on exerce un véritable refoulement en masse vers l'anus; il faut avoir soin de serrer les fesses l'une contre l'autre pour empêcher la procidence de se reproduire immédiatement. Au bout de quelques minutes, on peut abandonner l'anus à lui-même, et d'ordinaire la réduction se maintiendra jusqu'à la prochaine selle : mais alors il est de règle que la chute récidive. De là l'importance majeure de surveiller avec grand soin cette fonction : on fera aller l'enfant à la selle, couché sur le côté, en recueillant les excréments dans une serviette, et on recommandera surtout à la mère de ne pas laisser l'enfant s'éterniser tous les matins sur le vase de nuit; la selle que l'on provoquera au besoin par un lavement, par un suppositoire, aura lieu tous les jours à heure régulière, le matin de préférence.

Localement on agit sur le rectum par les lavements boriqués froids qui calment la rectite, on met en usage les propriétés astringentes du ratanhia.

Mais surtout, on s'occupe de l'état général : par le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, les bains salés, l'alimentation bien réglée et bien choisie, on traite le rachitisme dont la plupart de ces enfants sont entachés.

Par le traitement ainsi conduit la guérison est à peu près constante.

G. LYON.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Médication antiinfectieuse commune, par le Pr GRASSET; leçons recueillies par Vedel. (*Nouveau Montpellier médical*, 2 janvier 1897.) — L'auteur passe en revue les divers agents à opposer à l'infection. Il donne une large part à l'eau, qu'il considère comme un excellent et puissant agent de la médication antiinfectieuse. L'hydrothérapie n'est pas la médication systématique dans tous les cas des maladies aiguës de l'appareil respiratoire; mais les localisations sur l'appareil respiratoire ne sont pas des contre-indications formelles à l'emploi de l'hydrothérapie, quand celle-ci est indiquée par l'intensité et le caractère de l'infection. Il parle ensuite longuement des injections salées dont il étudie l'action stimulante contre l'hypotension et les anémies, l'action éliminatrice dans les intoxications, l'action antiinfectieuse mise en lumière récemment. L'action éliminatrice de ces injections en font le véritable agent de la médication antiinfectieuse.

Les moyens employés dans cette médication ne sont pas des agents qui s'adressent directement au microbe pour le tuer ou à ses toxines pour les annuler; ils s'adressent tous à l'organisme pour l'aider dans sa lutte contre les agents pathogènes. Ce sont des toniques, des stimulants qui fortifient l'organisme; c'est l'eau qui régularise l'action du système nerveux; c'est la saignée qui enlève à l'organisme une partie de ses ennemis; c'est l'injection salée qui provoque de vraies crises, des actes vitaux éliminateurs.

La médication antiinfectieuse commune est essentiellement une médication stimulante et éliminatrice.

A. CHASSEVANT.

Thérapeutique des antipyrétiques, par le Dr BROUILLETTE. (*Medical Age*, 10 décembre 1896.) — L'auteur s'efforce de distinguer deux types de fièvre : la fièvre dynamique et la fièvre adynamique. Le thermomètre ne doit pas être le seul juge de l'opportunité de l'emploi des antithermiques.

Les dérivés de goudrons de houille doivent être employés pour combattre les fièvres dynamiques. Ce sont les succédanés de la lancette. Il y a danger à prolonger leur emploi. On doit ne les utiliser que pour combattre la fièvre au début.

Les fièvres adynamiques ne sont pas justiciables du traitement par les antithermiques de synthèse. L'eau froide est le véritable antithermique physique qu'il convient d'employer sous forme de bains frais. On doit y ajouter la quinine qui est non seulement un excellent antipyrétique mais aussi un antipériodique.

Pour éviter les accidents occasionnés par ce médicament tel que le bourdonnement d'oreilles, l'auteur propose de prescrire en même temps de l'opium, et de prévenir les nausées en prescrivant l'emploi simultané du jus de citron.

A. CHASSEVANT.

L'euquinine. (*Centralbl. f. inn. Medicin*, n° 48, 1896.) — Le Pr v. NOORDEN (de Francfort-sur-Mein, a étudié un dérivé nouveau de la qui-

nine, l'éther éthylcarbonique de quinine ou euquinine, constitué par de fines aiguilles blanches, fondant à 95°, difficilement solubles dans l'eau, mais facilement solubles dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. La substance présente des réactions basiques, son chlorhydrate est très soluble dans l'eau. L'euquinine n'a presque pas de goût : ce goût peut du reste être masqué très facilement par toute espèce de correctifs : on n'observera jamais, après son absorption, d'éructations amères, comme avec la quinine. Les doses maniables sont 1 à 2 grammes : elles ne provoquent jamais de phénomènes d'intoxication.

Au point de vue thérapeutique, l'euquinine aux doses de 1 et demi à 2 grammes, correspond à 1 gramme de sel quinique; sur 15 cas de coqueluche traités, l'effet fut rapide dans 12, insuffisant dans 1 et nul dans 2. Mêmes résultats favorables dans des cas de fièvre hectique, intermittente, rémittente, etc.

Comme antinévralgique, les effets sont les mêmes qu'avec la quinine (1 gramme correspond à 60 centigrammes de quinine dans ce cas).

Le médicament se donne en cachets, et chez les enfants dans du lait ou du cacao. Le chlorhydrate d'euquinine ne présente guère d'avantages, car il a mauvais goût : le tannate, très peu soluble dans l'eau, est en revanche tout à fait insipide.

E. Vogt.

La tisane de feuilles de bouleau, diurétique puissant et inoffensif. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, janvier 1897.) — Winternitz recommande, en se basant sur quelques observations, l'étude des propriétés diurétiques de la feuille de bouleau, qui lui a donné de fort bons résultats sans entraîner aucun inconvénient.

On récoltera les feuilles au printemps et on les fera sécher dans un endroit sec, à l'obscurité. On verse 150 à 200 grammes d'eau bouillante sur 25 à 35 grammes de feuilles, on porte ensuite une à deux fois à l'ébullition, on laisse infuser pendant une à deux heures et on décante. Dose : deux à trois tasses par jour, entre les repas.

E. Vogt.

Erreurs de technique en hydrothérapie. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, janvier 1897.) — Le Pr Winternicz attire l'attention sur les points suivants : lorsqu'il s'agit d'une affection fébrile à traiter par l'hydrothérapie, il faut avant tout se rappeler que les phénomènes vaso-moteurs, exagérés dans la fièvre typhoïde, par exemple, sont parfois abaissés à un minimum dans la scarlatine, la rougeole, la variole. Il faut donc, avant de prescrire la balnéation appropriée, observer dans chaque cas particulier la réaction cutanée. Pour arriver à ce résultat, on procède à un lavage localisé en un point du corps, avec de l'eau très froide, et on étudie les modifications produites par cette intervention. Si la peau reste pâle et froide, la température du corps élevée, il faudra prescrire des bains chauds prolongés, avec frictions énergiques dans le bain. Si au contraire l'application localisée d'eau froide produit une cyanose de la partie en expérience avec refroidissement des extrémités, on fera des enveloppements de linges chauds, à sec, sur les extrémités, des affusions rapides du tronc, suivies de frictions énergiques.

La suractivité vaso-motrice cutanée exige, pour les premiers bains, une température de 20° à 25° : il serait irrationnel de commencer par de plus basses températures.

A quel moment baignera-t-on à nouveau le malade? Winternitz accorde à cet égard, dans la fièvre typhoïde par exemple, une plus grande importance à l'étude du pouls qu'à celle du thermomètre. L'abus des bains peut provoquer des troubles graves du système nerveux, et en cas de délire avec pouls incomptable, les enveloppements humides devront remplacer les bains. En cas d'adynamie avec pouls ralenti, la règle contraire s'impose.

La scarlatine et la rougeole, avec paralysie vaso-motrice, exigent des bains froids fréquents : il en est de même pour le premier stade de la variole; à la période de suppuration on recourra au drap mouillé appliqué une à deux heures avant le bain à 25° centigrades environ.

E. Vogt.

FORMULAIRE

Pommade contre les gerçures des mains.

Menthol	1 gramme.
Salol	2 —
Huile d'olives	15 —
Lanoline	45 —

Badigeonnages contre la pharyngite sèche.

Glycérine	30 grammes.
Teinture d'iode	0 gr. 30 centigr.
Acide phénique	0 — 25 —
Teinture d'aloès	0 — 50 —
Laudanum de Sydenham.	X gouttes.

M. s. a. DANET.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Académie de médecine. — Dans sa dernière séance, l'Académie a élu M. Napias membre de la section d'hygiène et police sanitaire, en remplacement de M. Lagneau.

Distinction honorifique. — M. le Dr Just Bruchon, de Besançon, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Exonération des frais de désinfection en faveur des médecins de Paris. — Le préfet de la Seine vient, après délibération conforme du Conseil municipal de Paris, d'accorder *l'exonération complète de toute participation aux frais de désinfection aux membres du Corps médical, lorsque celle-ci est demandée dans un intérêt professionnel.*

Il serait à souhaiter qu'une mesure aussi libérale et aussi juste fût prise dans toutes les villes où il existe un service municipal de désinfection.

Les modifications réalisées par la loi nouvelle sur la police sanitaire. — Le projet de loi ayant pour but d'apporter des modifications à la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire, adopté le 15 février par la Chambre, a le double objet de modifier et de compléter la loi de 1822. Il la modifie en y introduisant la faculté pour le juge de faire bénéficier de l'article 463 du Code pénal, relatif aux circonstances atténuantes, les crimes, délits et contraventions qui y sont prévus ; il la complète en y ajoutant des dispositions nouvelles dont le temps et l'usage ont démontré la nécessité et l'urgence.

Il semblerait à première vue que l'heure fût mal choisie pour adoucir en matière de police sanitaire les pénalités existantes.

En dépit de l'heure, la stricte et la plus simple humanité commandent cette atténuation, et la vérité est d'ailleurs que l'adoucissement proposé est nécessaire à l'application de la loi et de nature à rendre son maniement plus facile et plus sûr.

La loi du 3 mars 1822 édicte en effet contre les individus convaincus de violation des lois sanitaires des pénalités excessives. Dans cinq cas elle prononce la peine de mort. Dans cinq autres, les travaux forcés et la réclusion.

La violation, sans rebellion, de la patente brute est punie de mort. Les infractions involontaires et résultant de la force majeure n'échappent pas elles-mêmes à sa rigueur. Passibles de poursuites inévitables, la volonté du juge peut seule les soustraire à des châtiments exorbitants.

On comprend sans peine qu'en pareille matière, une lourde sanction soit attachée aux responsabilités particulières que peuvent encourir les intéressés et répondants directs aux yeux de la loi, capitaines de navires ou fonctionnaires publics ; mais le législateur de 1822 ne s'en est pas tenu là.

Voulant mettre en jeu, sans doute, les sollicitudes et les initiatives individuelles, il a recherché et puni encore l'abstention ou le désin-

téressement du simple particulier et contraint ce dernier, lorsque le hasard porte à sa connaissance la révélation ou le symptôme d'une épidémic, d'en aviser spontanément l'autorité compétente, sous peine de trois mois de prison et de 500 francs d'amende.

L'échelle des amendes prévues est variable, et va de quelques francs à des sommes énormes pouvant entraîner, indépendamment de la ruine des coupables et des délinquants, celle de familles innocentes.

Aussi, qu'est-il advenu? C'est que, dès la première heure, les juges ont reculé devant l'application de peines disproportionnées et que la loi est restée lettre morte.

Il s'agit aujourd'hui de la faire revivre sous l'empire et pour les besoins d'une actualité menaçante.

Le gouvernement a compris que le seul moyen de l'utiliser était de l'adoucir et de l'assouplir à nos mœurs pénales moins draconiennes en lui rendant applicables les circonstances atténuantes.

La modification est heureuse, et il ne se trouvera personne pour la refuser ou s'en plaindre. Il est permis toutefois de regretter que le projet s'en tienne à cette correction unique. Avec ses abus de répression, la loi de 1822, sous l'empire de laquelle nous vivons encore, constitue un anachronisme à une époque où la peine de mort tend à disparaître de nos Codes, et nous voulons croire que le pays n'attendra pas longtemps une législation sanitaire complète et rajeunie. D'autant mieux que la loi de 1822 a été modifiée ou complétée depuis, à plusieurs reprises par des dispositions nouvelles avec lesquelles il serait bon de la faire concorder.

Malheureusement, la commission de la Chambre des Députés chargée d'examiner ce projet, trouvant que le projet du gouvernement était incomplet, y a fait des additions qui viennent aggraver inutilement la catégorie des individus auxquels des pénalités peuvent-être appliquée.

Pour que l'on puisse se rendre compte des différences qui existent entre le projet de la commission et celui du gouvernement, nous plaçons en regard les deux rédactions et mettons en italiques dans le texte de la commission les changements et additions apportés à celui du gouvernement.

Article premier. — L'article 10 de la loi du 3 mars 1822 est complété ainsi qu'il suit :

Projet du gouvernement. — Tout capitaine, officier ou chef quelconque d'un bâtiment français ou étranger, tout médecin attaché à un bâtiment français ou étranger, qui aura altéré la vérité dans l'interrogatoire qu'il est tenu de subir en vertu de l'article 52 ou de l'article 24 du réglement sanitaire du 4 janvier 1896, — même s'il n'est pas établi qu'il ait, par sa fausse déclaration, exposé la santé publique ou empêché de prendre les précautions nécessaires, — sera puni d'un emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 100 à 3,000 francs.

Projet de la Commission. — Tout capitaine, officier ou chef quelconque, *homme d'équipage ou passager* d'un bâtiment français ou étranger, qui aura altéré ou *dissimulé* la vérité dans *la déclaration qu'il est tenu de faire ou* l'interrogatoire qu'il est tenu de subir en vertu des articles 52, 53 ou 54 du règlement sanitaire du 4 janvier 1896, *ou qui aura refusé de se soumettre aux prescriptions des articles précités dudit règlement*, — même s'il n'est pas établi qu'il ait ainsi exposé la santé publique ou empêché de prendre les précautions nécessaires, — sera puni d'un emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 100 à 3,000 francs.

Art. 2. — Il est ajouté à la loi du 3 mars 1822 un article 21 ainsi conçu :

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la loi du 3 mars 1822. (*Sem. méd.*)

Nécrologie. — M. le Pr Bourgoin, membre de l'Académie de médecine, député des Ardennes. — M. le Dr Ch. Loiseau, ancien vice-président du Conseil municipal de Paris. — M. le Dr Gouilleux, médecin de l'hospice de Corbie, (Somme). — M. le Dr C. Montignac, de Châtillon-Coligny (Loiret). — M. le Dr P. Brugère, d'Uzerche (Haute-Vienne). — M. le Dr Prot, conservateur du musée de l'hôpital de la marine, à Toulon. — M. le Dr Juveaux, de Corseul (Côtes-du-Nord). — M. le Dr A. Vée, pharmacien à Paris. — M. le Dr Brunoy, de Lozay (Deux-Sèvres). — M. le Dr Lalourcey, de Laignes. — M. le Dr Bonnefon, de Cuars. — M. le Dr Bridoux, de Lestrem. — M. le Dr Machon-Bey, de Marseille. — M. le Dr Violot, de Lyon. — M. le Dr Alloncle, de Benest. — M. le Dr Casanova, de Bourges. — M. le Dr Denis, de Fougères. — M. le Dr Durieu, de Bourdeille. — M. le Dr Picard, de Nantes. — M. le Dr Terrion, de Corrèze.

PETITE CHRONIQUE

Voici déjà deux mois que se joue à la Comédie-Française une pièce due à la plume d'un journaliste de Rouen et dirigée contre les médecins parisiens, comédie dont l'apparition sur l'affiche, précisément au lendemain du *tolle* soulevé contre nous, à la suite de l'affaire Boileux, par la presse intègre qui fait l'honneur de notre capitale, a provoqué de nouvelles polémiques et un nouveau débordement d'invectives, dont le corps médical se serait bien passé. Le petit scandale est déjà un peu oublié, grâce à l'instabilité des préoccupations de notre esprit public, et comme l'a dit le doux poète aujourd'hui sur la sellette à son tour :

Peut-être est-il bien tard pour parler encore d'elle.

Je ne le crois pas : peut-être même est-ce le moment d'en parler comme il le faut, c'est-à-dire entre nous, et débarrassés de la préoccupation de répondre à telle ou telle énormité lancée dans la discussion des journaux par un Léon Daudet quelconque, ou quelque reporter chargé hier des modes, avant-hier des courses de bicyclettes, aujourd'hui de la moralité publique en général et de celle des médecins en particulier.

Remarquez en passant avec quelle facilité le public prend pour argent comptant tout ce que le premier venu imprime sur notre compte, sans se demander un instant si le narrateur a le droit de toucher aux questions dont il parle et s'il est documenté de quelque façon que ce soit. Pas un nstant la connaissance qu'a personnellement le lecteur de faits directement contraires à ceux qu'on lui sert, je veux dire celle du médecin honnête qui a sa confiance, du praticien laborieux qu'il a vu se dépenser sans compter au chevet des siens, celle des savants dont il apprend de temps en temps l'héroïque dévouement ou le patient labeur aboutissant à quelque éclatant bienfait pour l'humanité, pas un instant même son emballement si facile et souvent si irréfléchi pour telle ou telle renommée contestable, telle ou telle médication annoncée à son de trompe, ni sa crédulité même toujours prête à se donner à la lecture d'un prospectus de potard, — pas un instant, dis-je, cette crédulité ni cette confiance ne l'arrêtent quand il s'agit d'admettre, sur la simple affirmation d'un quidam inconnu, que le corps médical tout entier est pourri jusqu'aux moelles, que nos savants sont tous des farceurs et leur science une pure blague.

Mais passons, car je crois bien que pour toutes les professions, — armée, magistrature, sacerdoce, — la foule apporte les mêmes dispositions d'esprit, c'est-à-dire une merveilleuse crédulité au premier bruit, avec une préférence non douteuse pour le scandale, bien entendu, ce à quoi nous ne changerons rien.

Et pourtant... je crois qu'on y pourrait changer quelque chose, ou plutôt on eût pu faire que ceci ne fût pas arrivé. Il n'y a pas à se le dissimuler : il y a bien un peu de notre faute dans le fait que l'on s'occupe tant de nous aujourd'hui. N'avons-nous pas été les premiers à vouloir l'attention du public, et sommes-nous bien venus à nous plaindre aujourd'hui de ce qu'il n'a pas su voir ce que nous voulions et rien que ce que nous voulions, c'est-à-dire tout le bien et aucun des ridicules. « Cache ta vie, » a dit le sage. Hélas! si l'on nous a décrits, mal, j'en conviens, c'est que l'on nous a vus! Nous n'avons pas su nous contenter de notre milieu confraternel pour y traiter des questions de science comme des questions de métier. Nous avons voulu nous mêler à la foule, et fatalement, admise chez nous, elle a touché à tout et remarqué ce que nous ne voyons plus, par habitude; elle nous a vus en robe de chambre, dès lors, sans respect. Nous avons voulu la grande lumière : nous avons eu aussi le faux jour.

Et comment sommes-nous arrivés à ce contact avec la foule, à cette infiltration par le public? Un peu malgré nous, beaucoup par notre faute. Nous avons vu sans déplaisir les journaux s'occuper de nous, mentionner d'abord, discuter ensuite, nos travaux dans les Sociétés savantes; nous avons sollicité de toutes les manières cette attention aujourd'hui gênante. Il n'y a pas quinze jours, tel rapport d'un de nos maîtres, lu à l'Académie de médecine dans l'après-midi du mardi, avait paru le matin

même, *d'avance*, dans *le Figaro*... Il est difficile de croire à une indiscrétion ou à un pur hasard. Puis, ce sont les feuilletonistes scientifiques des grands journaux à qui nous avons tous — avouons-le, entre nous — envoyé nos livres dans l'espoir d'un petit bout de réclame; ce sont les reporters que nous avons accueillis complaisamment, sollicités même de venir nous interviewer, et à qui nous avons remis des notes toutes faites, en beau jargon, où nous nous campions comme devant le photographe. En un mot, nous vons voulu goûter au fruit doré de la popularité, par vanité, par intérêt aussi, fruit amer et rempli de cendres; nous avons confié notre gloire et nos intérêts à la foule, le plus perfide des océans... et alors...

Alors, comme la publicité est une lame à double tranchant, je trouve — et je le dis, puisque nous sommes ici entre nous, — que si nous avons raison de nous plaindre de la façon injuste dont on nous juge aujourd'hui, nous devons faire notre *mea culpa* et faire d'abord naître chez nous même le remède au mal. En somme nous payons tous le cabotinage de quelques-uns. Retournons dans notre retraite, confrères, — nous y étions si bien! — dans les *templa serena*, où nul intrus ne pouvait s'introduire, prendre note de nos hésitations loyales, de nos incertitudes prudentes, de nos successions d'opinions qui ne sont souvent qu'un hommage désintéressé au progrès, et livrer tout cela, dénaturé, incompris, ridiculisé, au public du cirque, où nous faisons maintenant piteuse figure.

Oui, il faudrait modifier tout cela, et, sans jouer aux mystérieux, sans prendre des airs de conspirateurs ni nous communiquer nos travaux dans les catacombes, où nos œuvres sont déjà bien suffisamment représentées, — nous pourrions frayer un peu moins avec la grande presse, n'est-il pas vrai?

Maintenant est-ce bien facile, aujourd'hui? Il y a de ces puits artésiens qu'il ne faut jamais creuser, car on commence par s'y désaltérer et un beau jour ils vous inondent...

Et *l'Evasion*? Il faut pourtant que j'en parle, car si j'en crois des informations sûres, il n'y a chaque soir que des médecins dans la salle.

Allons, ce sera pour une autre fois!

H. V.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de chimie biologique normale et pathologique, par M. Armand Gautier, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine. (Paris, G. Masson, éditeur.)

Ce volume, qui complète la deuxième édition du *Cours de Chimie*, publié par M. Gautier, est actuellement le seul traité de chimie biologique publié en français qui soit au niveau de la science actuelle. M. Gautier s'est adjoint M. Arthus, professeur de physiologie à l'Université de Fribourg, comme collaborateur pour la partie physiologique, qui dans cette édition a pris à juste titre une place beaucoup plus considérable que dans les éditions précédentes.

M. Gautier a conservé à son livre la forme didactique et la division par leçons, ce qui lui a permis de grouper les sujets et de les aborder successivement et graduellement suivant leur complexité; mais il a multiplié les notes, bourrées de renseignements et d'indications bibliographiques, ce qui rend son ouvrage précieux pour le savant et le travailleur du laboratoire désireux de remonter aux sources des travaux originaux.

Dans une introduction magistrale il expose d'abord d'une façon complète, quoique succincte, la nature des phénomènes de la vie; les notions nécessaires sur la composition et le fonctionnement de la cellule; le mécanisme producteur de l'énergie; la vie aérobie et anaérobie.

Puis il étudie successivement, en les répartissant dans cinq parties spéciales : d'abord les principes constitutifs des êtres vivants, corps protéiques, corps azotés non protéiques, hydrocarbures, corps gras et hydrates de carbone.

Puis, la composition des tissus, humeurs et sécrétions.

Les fonctions générales de l'organisme : respi-

ration, digestion, désassimilation, urination, reproduction.

Enfin, le mécanisme de la nutrition générale et la recherche des sources de l'énergie, de la chaleur et du travail.

Nous ne pouvons entreprendre dans cette courte notice de faire une analyse de cet ouvrage. Nous nous contenterons de signaler aux lecteurs les chapitres absolument originaux de la 4e et de la 5e partie, œuvre magistrale où se trouvent exposés d'une façon claire et facile à comprendre par tous, les questions si complexes et si ardues du mécanisme de la vie. A la lecture de ces chapitres on est frappé de la méthode si limpide qui a guidé l'exposition, et l'on en sort convaincu avec l'auteur que « la vie est l'état de fonctionnement de ces agrégats qui *empruntent toute leur énergie au monde extérieur*, la font concorder vers un but commun ».

On ne trouve pas seulement dans ce volume des faits et des considérations susceptibles d'intéresser seulement le savant et le philosophe, mais encore des renseignements utiles au praticien.

Les chapitres consacrés à l'étude de l'urine normale et pathologique, celui consacré au lait, mériteraient de former uu volume spécial. Il s'y trouve réuni des documents les plus récents sur la composition de ces liquides ainsi que la description détaillée des méthodes analytiques. C'est un véritable vade-mecum pour l'analyste. J'en dirai autant du chapitre consacré au sang et l'on pourrait en signaler encore beaucoup d'autres.

Je pense bien résumer ma pensée en disant que c'est un ouvrage réellement *complet* et au courant de la science actuelle. Ce livre a sa place marquée aussi bien dans la bibliothèque qu'au laboratoire ; c'est l'auxiliaire indispensable de tous ceux qui s'intéressent à la biologie et à la médecine : chimistes, médecins, pharmaciens.

A. Chassevant.

L'urine humaine, par Camille Vieillard, pharmacien. (In-8°. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1897.)

Cet ouvrage n'est pas un traité complet d'analyse des urines ; ce n'est pas non plus un simple manuel.

L'auteur a voulu dégager et mettre en lumière parmi les méthodes si nombreuses de la chimie urinaire, celles qui lui ont semblé à la fois scientifiques et pratiques.

Cet ouvrage est l'œuvre d'un homme consciencieux, au courant des méthodes et renseigné sur les questions soulevées par l'examen clinique des urines.

C'est un ouvrage utile au médecin, qui le renseignera sur le problème délicat de la composition des urines normales et pathologiques. Il aborde successivement :

1° La physiologie de l'urine humaine ;

2° La chimie de l'urine humaine ;

3° Les altérations pathologiques de l'urine humaine.

C'est un ouvrage à consulter et qui a sa place dans toute bibliothèque médicale.

A. Chassevant.

Technique médicale des rayons X, par Abel Buguet. (In-8°. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1897.)

Ce petit livre est un véritable manuel, *vade-mecum* de tout praticien désireux d'employer les rayons X comme moyen de diagnostic. Laissant de côté tout historique et toute notion théorique non immédiatement applicable, l'auteur décrit successivement les différents appareils nécessaires pour obtenir les radiographies, et donne, chemin faisant, tous les renseignements nécessaires pour permettre de réaliser facilement la photographie Rœntgen et en interpréter les images. Ce petit livre est concis, clair et indispensable à tous ceux qui désirent s'initier à cette nouvelle méthode de diagnostic, qui demain sera peut-être une nouvelle méthode thérapeutique.

A. Chassevant.

Le propriétaire-gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La police sanitaire maritime. — Il est tout à fait à propos — en ce temps de peste — de signaler particulièrement la présentation faite à la dernière séance de l'Académie par M. Brouardel, qui a exposé les grandes lignes d'un travail du Dr Henry Thierry, intitulé *la Police sanitaire maritime*. L'auteur a mis au service de cette question, toute d'actualité, ses connaissances théoriques. Il a été médecin des Messageries maritimes et de la Compagnie transatlantique, il sait donc pratiquement comment peuvent être exécutés ou violés les différents articles de nos règlements sanitaires.

Jusqu'alors, on luttait contre les maladies contagieuses importées par la mer avec l'aide des « quarantaines ». Aujourd'hui, en vertu du décret du 4 janvier 1896, on tend à leur substituer les mesures « préventives » de désinfection au départ et pendant le voyage. Si celles-ci ne semblent pas assez sérieuses à l'arrivée, la désinfection est faite au lazaret. Pour que cette méthode nouvelle soit appliquée, il faut non seulement à bord un médecin ayant en hygiène des connaissances suffisantes, mais il faut encore que ce dernier soit assez indépendant pour les mettre en pratique sans entrave.

Le nouveau règlement pose donc le principe de la désinfection, mais il n'indique pas les moyens de la réaliser. Le Dr Henry Thierry s'est donné à cette tâche. Il dit que la désinfection n'existait qu'exceptionnellement jusqu'à ce jour, puis il traite de la façon la plus complète cette importante question. Après le choix des procédés, inspiré par des études bactériologiques et les idées prophylactiques les plus récentes, de tradition dans l'école pastorienne, il s'efforce de les traduire en applications pratiques, de façon que les agents physiques, chimiques et les appareils donnent le maximum de garanties avec le minimum de frais, de peine et de simplicité. Dans un chapitre sur l'eau potable, le Dr Henry Thierry pousse un cri d'alarme. « Si la désinfection des gens ou des objets douteux — intermédiaires possibles de pestilence — a été prévue par le règlement, la sécurité de l'eau de boisson n'est point assurée », dit-il. L'étude des moyens de protection vis-à-vis des eaux suspectes ou dangereuses est traitée en détail, de la façon la plus pratique. Il fait ensuite l'exposé de la prophylaxie du choléra, de la fièvre jaune, de la peste. Au sujet de cette dernière, toute d'actualité, l'auteur signale un moyen de dissémination du germe par les animaux, les rats que la coque d'un navire contient toujours en grand nombre. (*Trib. méd.*)

L'ordre des Médecins. — La question d'un ordre des médecins, en ce moment à l'étude en France, est à la veille d'être résolue en Belgique. Nos voisins qui sont, plus que nous encore, envahis par une foule toujours croissante de jeunes médecins, ont éprouvé depuis longtemps le besoin de créer une chambre de discipline.

Quelques-uns proposent de donner un pouvoir disciplinaire aux Commissions médicales déjà existantes ; d'autres proposent de confier ce pouvoir aux Syndicats médicaux.

Voici la solution proposée par M. le Dr Félix, de Bruxelles, dans une lettre adressée au *Scalpel* :

La Fédération médicale belge organise un referendum sur ces deux questions :

I. Les commissions médicales électives doivent-elles recevoir des pouvoirs disciplinaires ?

II. Les pouvoirs disciplinaires doivent-ils être attribués à des organismes entièrement distincts ?

La Fédération médicale belge consulte aussi les médecins *sur l'opportunité de la reconnaissance officielle des syndicats médicaux.*

Ce referendum me paraît d'une importance capitale pour l'avenir du Corps médical belge, et chacun de ses membres a le devoir de contribuer, autant qu'il est en son pouvoir, à sauvegarder la dignité et les intérêts professionnels de plus en plus compromis par le charlatanisme et le mercantilisme éhontés.

Pour sauvegarder les intérêts médicaux étroitement liés aux intérêts du public, il importe que le Corps médical, au lieu d'éparpiller et de neutraliser les forces actuelles dont il dispose, s'évertue à les grouper, à les harmoniser et à en augmenter la puissance en y joignant des organismes nouveaux.

Je crois utile de soumettre à vos lecteurs mon avis sur ces questions d'importante actualité, dans l'espoir d'attirer sur elles l'attention spéciales de tous les confrères, et de provoquer ainsi des échanges de vues pour aboutir à une heureuse solution.

Voici ma réponse aux questions soumises par la Fédération médicale belge :

I. Les Commissions médicales électives ne devraient recevoir aucun pouvoir disciplinaire. Elles ne devraient s'occuper que de la législation et des règlements de police au point de vue de l'hygiène publique et privée et de leur application aux personnes et aux localités, avec plein pouvoir exécutif.

II. *La reconnaissance officielle des syndicats médicaux s'impose et devrait être réalisée au plus tôt.*

Les syndicats médicaux *officiellement reconnus* devraient être, à mon avis, groupés par arrondissements, avec *un bâtonnier* et un conseil de discipline pour chaque arrondissement.

Les pouvoirs disciplinaires les plus étendus seraient attribués au bâtonnier et à son Conseil de discipline. Cela me paraît d'autant plus nécessaire que pour exercer une discipline ferme et sage, pour bien juger tous les différends qui peuvent se produire entre médecins et clients, il faut bien connaître les hommes et les usages locaux.

Le Conseil de discipline d'arrondissement jugerait tous les cas qui lui seraient soumis, après examen, instruction et rapport faits par le syndicat du ressort. Le bâtonnier et les membres du conseil de discipline de chaque arrondissement seraient choisis parmi les présidents et les membres du bureau de tous les syndicats de l'arrondissement.

L'affiliation de tous les syndicats médicaux à la Fédération médicale belge constituerait l'ordre des médecins belges dont le *grand conseil* serait formé des membres du bureau de la Fédération médicale et des bâtonniers de tous les arrondissements.

Toutes les fonctions et dignités seraient conférées par voie élective.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de la chlorose (1).

Par le Dr H. Huchard,
Médecin de l'hôpital Necker, Membre de l'Académie de médecine.

I. — Après avoir lu le rapport si documenté et si remarquable de notre savant collègue M. Barbier, j'ai eu un instant l'idée de renoncer à la parole, dans la crainte de m'exposer à des redites. Cependant, il y a quelques notions qui demandent à être précisées, tant au point de vue du diagnostic que du traitement, et c'est pour cela que je désire vous soumettre quelques courtes considérations.

Tout d'abord, M. Barbier a dû trouver comme moi, que la question (*Traitement de la chloro-anémie, spécialement de celle dite chlorose*) était posée de façon un peu indécise, que ces deux mots « chlorose » et « anémie » ont beaucoup de raison pour ne pas être accouplés, comme on va le voir.

Il y a *une* chlorose et *des* anémies. On est chlorotique; on devient anémique. Un chlorotique peut être anémique; une anémique ne devient pas chlorotique; n'a pas la chlorose qui veut; tandis que l'anémie peut être produite par des causes nombreuses et diverses que nous pouvons faire naître à volonté. L'une est une maladie d'évolution, se montrant d'ordinaire de 12 à 24 ans, surtout chez la femme, d'une façon spontanée, essentielle et sans cause apparente; l'autre peut apparaître à tout âge, en dehors de la puberté, chez l'homme comme chez la femme; elle est subordonnée à des causes multiples et diverses, telles que hémorragies abondantes, inanition, convalescence d'affections aiguës ou chroniques, etc. Ici, maladie constitutionnelle par excellence et constituée par d'importantes lésions et une sorte de fragilité globulaires; là, maladie accidentelle où souvent l'altération quantitative du liquide nourricier a le pas sur l'altération qualitative.

On pourra discourir longtemps encore dans le silence du cabinet sur l'identité possible des altérations sanguines dans la chlorose et dans les anémies; on prétendra rendre chlorotiques des chiens auxquels on a fait subir des émissions sanguines fréquentes et répétées. Je dis que cela n'est pas possible. Vous avez rendu ces chiens anémiques; jamais chlorotiques. On pourra encore serrer davantage la question, nous dire que le diagnostic des deux états morbides est souvent très difficile. Cela encore est inexact; et sans rappeler les propositions du début de ma communication, sans avoir besoin de me pencher sur un microscope, de compter les globules, de supputer leur valeur en hémoglobine, de voir évoluer les hématoblastes, d'examiner les urines et d'y constater tous les produits de la déglobulisation, la bilirubine, l'urobiline et l'urohématine, nous dirons hardiment,

(1) Communication faite à la Société de thérapeutique.

nous cliniciens, qu'une fille est chlorotique lorsqu'elle devient rapidement anémique d'une façon spontanée et sans cause apparente, avec ces perturbations menstruelles et aménorrhéiques si fréquentes, ce facies chlorotique si caractéristique, cette pâleur souvent verdâtre de vieille cire de téguments, cette sorte de boursoufflement des tissus, ces perversions singulières de l'appétit, ces divers troubles du système nerveux, l'état d'alanguissement musculaire et d'asthénie générale, avec ces souffles continus et à double courant des vaisseaux du cou.

Mais, lorsqu'une jeune fille ou une femme plus âgée, après une longue maladie, après un rhumatisme articulaire aigu, après des fièvres intermittentes, devient pâle et adynamiée, lorsqu'à la suite d'hémorragies intestinales dans le cours ou à la fin d'une dothiénentérie, d'abondantes métrorrhagies puerpérales, les malades deviennent exsangues, nous disons qu'il s'agit d'anémie, et non pas de chlorose. Ici, l'anémie constitue toute la maladie, tandis que l'anémie n'est qu'une partie de la chlorose.

Celle-ci, ne l'oublions pas, est une entité morbide parfaitement déterminée; elle est une maladie constitutionnelle du sang, et lorsqu'en voulant élargir démesurément son cadre on y fait rentrer l'angustie aortique et artérielle de Rokitansky, Bamberger et Virchow, on commet à la fois une erreur de nosologie et de clinique. Non, ce n'est pas une chlorose (dite aortique), cette affection si rare, si exceptionnelle quand on la compare à la fréquence de la maladie de Varandal; cette affection qui mène à l'infantilisme par suite du phénomène si connu d'adaptation de l'organisme ou des organes à une malformation congénitale; cette affection enfin qui conduit si souvent à la néphrite et à la mort au milieu d'accidents urémiques. A-t-on jamais vu les *vraies* chlorotiques succomber à l'urémie? Nullement; leurs urines sont remarquables par leur grande toxicité, comme Feltz et Ritter l'ont autrefois établi. La mort est rare dans cette maladie, et lorsqu'elle survient, c'est par complication, le plus souvent par thrombose des sinus cérébraux, thrombose ou embolie de l'artère pulmonaire. On commet donc une faute en regardant comme une variété de chlorose, la maladie consécutive à l'aplasie artérielle congénitale.

On commet une autre faute — je n'hésite pas à le dire — en acceptant le désignation de « *chloro-brightisme* » pour des faits qui ne rappellent que de très loin ou même qui ne rappellent nullement la chlorose. Tout au plus devrait-on dire : *anémo-brightisme*. La sclérose artérielle peut prendre le masque d'une maladie cérébrale ou oculaire, d'une affection pulmonaire ou cardiaque, comme de la chlorose. Alors, à côté du « chloro-brightisme » adopté par Dieulafoy, il y aurait lieu, tout aussi bien, d'admettre le cérébro-brightisme, l'oculo-brightisme, le pneumo-brightisme, etc.

On voit combien est grande la valeur des mots en médecine, combien il est important de bien définir la chlorose; et pour la bien définir, il suffit, comme nous avons essayé de le faire, de l'opposer cliniquement à tous les états morbides qui ont avec elle plusieurs points de ressemblance; et c'est ainsi que cessera « cette confusion — dont parlait déjà Trousseau — dans le diagnostic des maladies qui ont pour élément commun l'anémie ».

II. — Trousseau disait encore : « Ne donnez pas de ferrugineux à certaines chlorotiques, vous pourriez faire évoluer rapidement une tuberculose qui restait à l'état latent. » Je ne sais pas ce qu'il y a de vrai dans cette proposition qui est peut-être exagérée; mais je sais que l'illustre clinicien avait affaire à des tuberculoses se cachant sous le masque pseudo-chlorotique. Les détails dans lesquels je suis entré montrent qu'il faut faire une distinction capitale entre la chlorose et les pseudo-chloroses, c'est-à-dire les anémies. Or, au point de vue thérapeutique, nous n'avons à nous occuper que de la première, et il est

entendu que le fer constitue son traitement spécifique. Mais, comme il est entendu encore qu'en clinique on ne soigne pas seulement la chlorose, mais des chlorotiques et que cette équation : chlorose = fer n'est pas toujours vraie, il faut d'abord considérer trois cas :

1° Il y a des chloroses où le fer est inutile ;

2° Il y en a où le fer est nuisible :

3° Il y en a où le fer est très utile.

1° *Chloroses où le fer est inutile.* — Ce sont les chloroses du premier degré de Hayem. Pour celles-là, le *repos*, une *alimentation convenable*, je n'ai pas dit « fortifiante » dans le sens qu'on lui attache journellement avec l'abus des viandes dont on bourre littéralement les malades — l'*air de la campagne* dans un endroit bien ensoleillé, suffisent le plus souvent.

Il y a une question fort intéressante à ce sujet, c'est l'hygiène des chlorotiques et, parmi ces principes d'hygiène, le repos des malades constitue la première indication à remplir. N'oublions pas que la jeune fille chlorotique par le fait même de sa maladie, par le fait de sa pauvreté globulaire, est dans un état de méiopragie générale. L'aptitude fonctionnelle de tous les organes, de son organisme tout entier est fort restreinte, et quand, sous prétexte de leur faire respirer un air pur, on ordonne des promenades trop fréquentes ou trop prolongées, des voyages plus ou moins éloignés, on commet une grande faute d'hygiène.

Murri (de Bologne) qui, avec tous les auteurs, avait remarqué le peu de résistance de ces malades au froid, avait constaté, judicieusement sans doute, que les accidents chlorotiques s'accusent pendant la mauvaise saison, ce qui l'avait conduit à signaler la « chlorose d'hiver » (chlorosi invernale). Eh bien, à un autre point de vue, il y a des chloroses d'hiver et des chloroses d'été : *chloroses d'hiver* pour les jeunes filles du monde que l'on astreint dans les villes à assister aux festins et aux bals sous prétexte de distraction ; *chloroses d'été* pour les jeunes filles de la campagne obligées de prendre part, pendant la belle saison, aux travaux fatigants des champs. Je me souviens, à ce sujet, d'une jeune fille chlorotique qui était à mon service, et qui, du jour où elle a été respirer « le grand air » dans son pays natal, est tombée dans un état de chlorose des plus avancés. Quand elle revenait à Paris où elle exerçait son métier de femme de chambre, et quoiqu'elle y respirât certainement un air moins pur, elle revenait à la santé. L'an dernier, j'ai eu à l'hôpital trois chlorotiques traitées seulement par le repos au lit et sans médicament ; elles ont rapidement guéri, uniquement parce qu'elles étaient, par le seul fait de leur séjour hospitalier, éloignées de leurs travaux fatigants, et cependant, on ne peut pas dire que, dans nos salles d'hôpital, nos malades ont toujours un air pur et très réparateur ; mais elles y goûtent un repos bienfaisant, la première indication, l'indication capitale de la thérapeutique chez les chlorotiques.

Ne l'oublions pas, en effet, le surmenage, sous quelque forme qu'il se produise, de quelque nom qu'il s'appelle, c'est là l'ennemi de la chlorose, c'est lui qu'il faut éviter, en se rappelant toujours que ce surmenage est une chose relative et qu'il commence chez la chlorotique là où à l'état normal il ne s'agit que du fonctionnement presque physiologique de la vie physique et intellectuelle.

2° *Chloroses où le fer est nuisible.* — Je ne parle pas, bien entendu, des cas de pseudo-chlorose tuberculeuse auxquels Trousseau a fait si souvent allusion ; ils ne rentrent pas dans la question. Mais, il est une forme de chlorose que les recherches décisives de Hayem

ont beaucoup contribué à faire connaître, c'est la *chlorose dyspeptique* dans laquelle la dyspepsie est le phénomène prédominant, qu'elle soit constituée par l'hyperchlorhydrie ou l'hypochlorhydrie, par la dilatation de l'estomac avec ou sans fermentation gastro-intestinale, par l'ulcère gastrique, etc. Ici, le traitement de la chlorose s'efface complètement devant celui de l'état dyspeptique et prescrire dans ces cas les ferrugineux d'emblée, c'est, en quelque sorte, introduire du plomb dans l'estomac. Tout a été dit à ce sujet, et je serais tenté de répéter pour les chlorotiques ce que Peter disait si judicieusement des tuberculeux : « Il faut entourer d'un soin pieux leur estomac. »

On a accusé les ferrugineux — et Trousseau était de ceux-là — de produire une sorte de fièvre artificielle, avec rougeurs de la face, signes d'éréthisme cardio-vasculaire, fréquence du pouls, palpitations incessantes et violentes, etc. Or, par elle-même, aucune préparation ferrugineuse n'est capable de produire tous ces accidents; il faut qu'elle ait été prescrite à des dyspeptiques, et nous avons là tout le tableau d'une gastropathie médicamenteuse jointe à un état gastrique ancien, et dont le retentissement sur l'appareil cardio-vasculaire s'est manifesté par tous ces symptômes. Alors, pour calmer ces palpitations d'origine stomacale on peut avoir une tendance à prescrire la digitale, que je ne crains pas lorsque ces palpitations sont d'origine directement anémique, mais qu'il faut craindre pour tous les estomacs.

Donc, il y a un principe dont l'importance est considérable, prépondérante dans la thérapeutique de la chlorose et qu'il faut écrire en gros caractères : PAS DE FER, PAS DE DIGITALE, PEU OU PAS DE MÉDICAMENTS *dans la chlorose dyspeptique.* Soignez la dyspepsie d'abord, la chlorose ensuite.

3° *Chlorose où le fer est utile.* — Quand cette dyspepsie a entièrement disparu, on peut commencer le traitement ferrugineux d'abord à faible dose (20 centigrammes en deux fois de protoxalate ou de lactate de fer sans jamais dépasser 30 à 40 centigrammes, par jour), les préparations de choix étant encore celles de protochlorure, de protoiodure, de tartrate ferrico-potassique, de citrate ou de fer réduit par l'hydrogène.

C'est encore dans les chloroses du deuxième degré de Hayem que les ferrugineux trouvent leur emploi. Mais dans celles du troisième degré, les fonctions digestives sont d'ordinaire profondément troublées, et c'est à elles qu'il faut s'adresser, en insistant surtout sur le repos le plus absolu.

Trousseau, qu'il faut souvent citer, et qui avait, avec raison sans doute, élevé la médication spécifique à la hauteur d'un principe, recommandait de traiter l'anémie palustre par la quinine, l'anémie syphilitique par le mercure et l'iodure, l'anémie chlorotique et ses conséquences par le fer. Il y a là une part de vérité, mais aussi une exagération; et quand l'anémie palustre, par exemple, est un fait accompli, je doute que la quinine, à elle seule, puisse la faire disparaître. En un mot, dans beaucoup de maladies, il y a des manifestations, satellites et conséquences de ces maladies qui finissent par évoluer en dehors d'elles et qui réclament une autre médication. C'est ce que Fournier a si bien démontré pour les affections « parasyphilitiques », c'est ce qui existe pour les affections pararhumatismales où le traitement mercuriel et ioduré d'une part, où le salicylate de soude d'autre part deviennent tout à fait impuissants. La même chose existe pour certaines manifestations *parachlorotiques*, et chercher à combattre à outrance par le fer les névralgies, les gastropathies, les thromboses veineuses, les troubles nerveux, etc., c'est s'exposer non seulement à des insuccès thérapeutiques, mais aussi à l'aggravation de la maladie principale. Sans doute, en faisant disparaître la cause, on supprimera l'effet

après un temps plus ou moins long, mais le mieux est encore d'instituer la médication d'urgence et la thérapeutique du symptôme ou de la complication.

Nous savons, d'autre part, qu'il faut, non pas soigner la chlorose mais les chlorotiques, et à celles qui sont excitables et éréthiques en quelque sorte, l'atmosphère maritime comme les très hautes altitudes sont préjudiciables. A ce point de vue, on ne saurait trop condamner les hautes altitudes, comme celles de Saint-Moritz (dans l'Engadine) situées à 1,850 mètres au-dessus du niveau de la mer, où le climat trop excitant devient une cause d'aggravation de la maladie. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, car je suis allé à Saint-Moritz et j'ai constaté le fait de la façon la plus irréfutable, j'ai vu des malades qui en revenaient singulièrement aggravées. A ces malades névropathiques, dont il faut ménager les forces, on impose un voyage fatigant et long en chemin de fer et en voiture, un climat des plus excitants, je le répète, et ce double surmenage aboutit à des résultats presque désastreux d'autant plus qu'on ne peut pas compter sur l'efficacité des eaux ferrugineuses de cette station, puisqu'elles introduisent dans l'organisme des quantités presque négligeables de principes actifs. Donc, à cette station, comme à d'autres semblables, il y a une triple contre-indication pour les chlorotiques : la longueur et la fatigue du voyage, l'excitation trop grande du climat, l'inutilité de la cure ferrugineuse qui n'existe pas, à proprement parler.

A ces malades, il faut une station d'altitude modérée *ne dépassant jamais* 800 à 1,000 mètres au-dessus du niveau de la mer, à l'abri des vents et des bourrasques, et l'on trouve ces climats surtout en France, dans les Vosges comme à Gérardmer, dans l'Auvergne comme à La Bourboule, à Saint-Nectaire, etc., dans les Pyrénées, dans le Jura, et même dans les Alpes comme à Evian, à Saint-Gervais où existe un climat véritablement bromuré, si l'on peut ainsi dire, j'en passe, et des meilleurs et l'on voit ainsi que, pour les cures d'air, en France, nous n'avons que l'embarras du choix. N'allons donc pas chercher à l'étranger ce que nous avons mieux chez nous, et quand nous pouvons allier les intérêts bien compris des malades avec ceux du patriotisme, n'hésitons pas...

Pour les chloroses torpides évoluant par exemple sur un terrain strumeux et lymphatique, le séjour au bord de la mer, les eaux chlorurées sodiques arsenicales de La Bourboule, par exemple, quelques eaux sulfureuses faibles que l'on trouve en abondance aux Pyrénées, trouveront parfois leur indication; et cependant, en vertu du principe que j'ai posé, je crains encore assez souvent la trop grande excitation de l'atmosphère maritime et des eaux chlorurées trop fortes.

Vous devez remarquer que j'ai beaucoup restreint les cas où le fer doit être prescrit dans la chlorose; j'ajoute que les autres médicaments, le manganèse, l'arsenic à outrance, tous les vins de quinquina phosphatés ou non, toutes les macérations de quinquina, de colombo ou de quassia amara sont souvent inutiles quand ils ne sont pas nuisibles. Encore une fois, le surmenage, voilà l'ennemi qu'il faut combattre, qu'il faut éviter dans le traitement de la chlorose qui peut se résumer en trois mots : REPOS, AIR, FER. C'est là ainsi la triple alliance thérapeutique : *Beaucoup de repos, beaucoup d'air* (c'est-à-dire beaucoup d'oxygène), *un peu de fer*. Et l'on a rappelé à ce sujet les paroles de Tissot au siècle dernier, au sujet du traitement de l'état nerveux, de la neurasthénie de nos jours :

« On peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun. »

De l'enveloppement humide contre l'insomnie des neurasthéniques.

Par le Dr G. Richard d'Aulnay,

Ancien interne de Saint-Lazare.

Le récent suicide d'un homme de sport très répandu dans le grand monde parisien a de nouveau attiré l'attention sur cette affection psycho-nervo-motrice, si commune de nos jours dans les grands centres tels que Paris, et si connue aujourd'hui sous le nom de neurasthénie. Aussi profitons-nous, en ce jour, de cet événement parisien pour exposer une méthode qui, à notre avis, peut rendre de grands services aux neurasthéniques, dans les cas d'insomnie, restés réfractaires à toute médication hypnotique.

Des plus bénignes en général, cette affection névrosthénique peut, de par certains phénomènes prédominants, chez les neurasthéniques héréditaires et chez certains neurasthéniques acquis, tourner au tragique sans qu'on puisse remédier ni psychiquement ni thérapeutiquement aux causes étiologiques et pathogéniques qui les suscitent.

Parmi ces phénomènes l'un des plus redoutables est sans contredit l'insomnie, l'*insomnie neurasthénique*.

Intermittente au début, puis presque totale au bout de quelque temps, cette absence de sommeil ne fait qu'aggraver les symptômes subjectifs et objectifs qui vont de pair avec l'insomnie. Il est en effet des plus compréhensible que, privé de sommeil, le psychopathe neurasthénique ne puisse réparer ses forces et calmer son système nerveux et que même, chaque nuit, il ne puisse aussi qu'accroître, de par ses souffrances psychiques et physiques, sa susceptibilité nerveuse. De sorte que nous sommes ainsi en présence d'un cercle vicieux dans lequel l'hyperexcitabilité pousse à l'insomnie et l'insomnie à l'hyperexcitabilité croissante. D'où, pour tous les thérapeutes le souci primordial de lutter contre l'insomnie.

Dans les formes légères de la neurasthénie, on y arrive plus ou moins facilement soit par des hypnotiques minéraux, soit par des somnifères végétaux, — avec des phénomènes légers d'accumulation ou avec des symptômes saillants d'intoxication, quelquefois il est vrai, — mais on y arrive.

Dans les formes plus intenses, par contre, il n'en va pas toujours de même. On a beau médicamenter les neurasthéniques avec les calmants les plus réputés, et l'on n'obtient rien — absolument rien — si ce n'est parfois l'accroissement de la dyspepsie.

Dans ces conditions, on n'a plus qu'une ressource : ou abandonner le malade ou le piquer à la morphine.

Or, ce dernier expédient tout en étant momentanément des plus salutaires pour les malheureux neurasthéniques en proie aux insomnies continues, devient à la longue de par l'accoutumance et l'habitude des piqûres, une nécessité urgente en même temps qu'une coutume déplorable pour leur santé générale.

Par conséquent pour éviter ces divers inconvénients, il fallait s'adresser aux agents

physiques doués de propriétés calmantes, aux bains tièdes, — qui reposent si bien les membres fatigués, qui calment les nerfs, qui tempèrent l'ardeur des sens et l'activité du cerveau, qui modèrent la circulation, qui produisent un sentiment de fraîcheur agréable et qui poussent au sommeil — à l'hydrothérapie tiède, aux douches, aux bains locaux (1), aux draps mouillés — et au mode le plus simple de l'administration du bain permanent, à l'enveloppement humide plus ou moins prolongé. C'est ce que nous avons fait dans un certain nombre de cas de neurasthénie où la pharmacopée avait échoué et où l'enveloppement humide, dès qu'il fut appliqué, a donné des preuves manifestes de son efficacité.

Et à cela rien d'étonnant, puisque les effets généraux de l'enveloppement humide, d'après ce que nous avons vu, sont exactement semblables à ceux que le bain tiède, quelque peu prolongé, exerce sur les fonctions d'innervation, de circulation, de respiration et de calorification. Tout d'abord, il manifeste une action sédative sur le pouls, puis il calme l'excitation nerveuse, délasse des fatigues physiques et des travaux intellectuels, cause une sensation agréable de chaleur douce, de bien-être qui de la périphérie cutanée se propage à tout l'ensemble de l'organisme, relâche la peau et les muscles, rend les mouvements plus souples et, surtout, porte presque infailliblement à la somnolence.

Aussi maintenant, après ces considérations, allons-nous nous permettre de relater ici le plus succinctement possible le procédé d'enveloppement que nous avons employé, ainsi que trois des cas les plus caractéristiques contre lesquels nous avons eu à lutter.

Voici d'abord comment nous procédons dans tous les cas d'insomnie neurasthénique qui ont résisté à la pharmacopée tant végétale que minérale.

On taille dans de la flanelle trois à quatre bandes de 15 à 20 centimètres de large et de 5 mètres de longueur. On les roule séparément et on les met tremper durant cinq minutes environ dans de l'eau à 35°. Au bout de ce temps, on les retire, et on en exprime complètement par la torsion l'eau d'imbibition. Pendant ce temps de préparation, on fait déshabiller le sujet et l'on commence l'enveloppement.

Tout d'abord, on enveloppe d'un tour de bande la base du cou, puis de là, on va enrouler le corps en passant sous l'une des aisselles pour aller par derrière gagner l'épaule du côté opposé, puis revenir en avant sous cette aisselle pour se dérouler ensuite sur l'autre épaule et former ainsi un double spica.

Cela fait, on déroule les bandes sur le tronc, en ayant soin de recouvrir la moitié environ du tour de bande qui précède et l'on va ainsi jusqu'au bassin pour terminer par un spica assez lâche autour des cuisses. L'important est de ne point trop serrer au niveau des bras et des cuisses, mais de le faire suffisamment au niveau du tronc pour empêcher le déplacement de la bande et, par ce fait même, éviter la sensation de refroidissement au moindre mouvement que l'on pourrait faire dans le lit (2).

On complète l'enveloppement humide par une chemise de flanelle, de façon à lui conserver la chaleur et à en absorber l'excès d'humidité.

Enfin pour éviter que cette humidité gagne les matelas, on aura soin de placer antérieurement dans le lit une toile caoutchoutée.

---

(1) Deux moyens qui réussissent très bien dans certains cas légers d'insomnie sont : 1° le grand bain tiède de quarante minutes de durée, donné chaque soir avant le coucher; et 2° le bain local, obtenu au moyen d'un cataplasme quelconque, sur la poitrine et le ventre.

(2) La toilette du corps faite, on pourra, chez les hyperneurasthéniques, revêtir la tête d'un bonnet de laine, humecté d'eau tiède.

De cette façon, un enveloppement humide bien fait et appliqué, suivant le tempérament du sujet et le degré d'insomnie, deux, trois ou quatre heures durant les deux, trois ou quatre premiers jours, puis durant une partie ou la totalité de la nuit les jours suivants, amènera un sommeil régulier et dénué de cauchemar.

Les inconvénients de cette pratique résident : 1° en ce qu'on ne peut aisément l'appliquer seul; et, 2° en ce qu'un enveloppement bien fait exige d'être ni trop ni pas assez serré. A ces deux desiderata, on peut y remédier en remplaçant l'enroulement par un maillot de bain, en laine, strictement ajusté au corps (moulant pour ainsi dire les formes) et humidifié dans les mêmes conditions que les bandes de flanelle.

Enfin, le point le plus important de cette application consiste à veiller à ce que l'enveloppement et le maillot humide fassent corps autant que possible avec le tronc afin d'empêcher aux mouvements intempestifs du sommeil de déplacer la symétrie de l'enveloppement et de refroidir par des déplacements successifs, à la fois et l'enveloppe humide et le corps, soumis à ce traitement.

En outre, on aura soin de recommander aux neurasthéniques de ne point dormir dans la journée, d'éviter les somnolences après les repas, de se lever de bon matin, et, principalement, de quitter le lit dès le réveil.

C'est de la sorte que nous avons traité depuis quatre ans tous les cas d'insomnie neurasthénique qui se sont présentés à nous et dont nous allons maintenant relater brièvement ici trois cas caractéristiques.

Observation I. — M. M. C..., 29 ans, homme de lettres, habitant Paris depuis dix-sept ans, n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 25 ans. De tempérament rêveur, il n'a jamais eu de goût pour les sciences exactes. Au lycée, il ne s'occupait pour ainsi dire que de littérature, de poésie, de philosophie. Au retour du régiment, il s'adonna à la littérature, lisant des romans, écrivant des nouvelles, faisant du théâtre et cultivant la Muse. Puis il devint secrétaire d'une revue littéraire, tout en continuant à travailler. Au bout de six mois, il cessait cette collaboration, tant était grande sa faiblesse.

Hydrothérapie, toniques, vacances à la campagne.

Deux années durant, il recourut à ces soins qui l'aidaient à supporter tant bien que mal le travail d'hiver.

En 1894, au retour de vacances, se sentant amélioré, il se remit au travail avec exagération et, au bout de deux mois, il ne pouvait plus travailler tant étaient, de nouveau, grandes sa faiblesse et son excitation cérébrale. Vers le mois de janvier, son état empirait subitement et le sommeil commençait à le fuir.

Dès lors, il raconte ses misères physiques, appuie sur son état moral, se plaint d'insomnie, accuse de la dyspepsie, des éructations, du pyrosis, de l'anorexie, éprouve des céphalées au réveil, avant les repas, vers les cinq heures, le soir vers les dix heures, s'étend sur la fatigue à la marche, sur la lassitude qu'il éprouve lorsqu'il lit, sur la courbature lorsqu'il fait un effort musculaire, sur sa constipation, sent un casque sur la tête, un collier autour du cou, une carapace sur le dos, insiste sur sa tristesse, sur ses pleurs sans motif, sur ses rêves, ses hallucinations, ses cauchemars, raconte qu'au réveil il est brisé et ne peut se bouger, narre qu'il sent des soubresauts dans les cuisses et le tronc, des crampes dans les jambes, des tremblements dans les doigts, des secousses fibrillaires dans les muscles des bras, des fourmillements dans les pieds, se plaint de frissons et de froid aux pieds, se rend compte qu'il parle abondamment et rapidement,

qu'il se met en colère avec trop de vivacité et des peurs qu'il ressent; accuse surtout l'insomnie, contre laquelle il a tout essayé : opium, thébaïque, cynoglosse, bromidia, chloral, chloralose, sulfonal, hypnal, bromure, trional, tetronal.

A l'examen : hyperesthésie cutanée, hyperesthésie sensorielle (vue, odorat, ouïe, goût), exagération des réflexes pharyngien, abdominal, plantaire; trémulation des muscles des membres dans l'effort et l'extension forcée.

Traitement de l'insomnie par l'enveloppement humide : quatre heures le premier jour, trois heures le deuxième jour : sommeil irrégulier. Continuation les jours suivants avec enveloppement toute la nuit. Au bout de quinze jours, il dormait tranquillement et au bout de trente jours environ, il commençait à suivre un traitement thérapeutique d'ordre général : arséniate de soude et de strychnine, glycéro-phosphate de soude, marche, grand air et soleil.

Au mois de juillet, il allait en Suisse et en revenait, trois mois après, engraissé et complètement transformé.

Depuis, l'insomnie n'a plus reparu et le sommeil, sans être très abondant, est devenu très régulier.

Observation II. — Mlle L. C..., 24 ans, artiste peintre, tempérament nerveux, étudie la peinture depuis l'âge de 16 ans, mais ne s'y adonne véritablement que depuis quatre ans. Depuis deux ans même, il y a exagération. A eu dans sa vie trois incidents qui l'ont bouleversée : une amourette vers les 17 ans, une affaire de succession vers les 20 ans, et un double refus au Salon, à 22 et 23 ans.

Depuis ses échecs au Salon, état nerveux des plus accentués, dyspepsie, lourdeur stomacale après les repas, renvois, anorexie, dégoût des aliments chauds et gras, du vin, des liqueurs, vomissements, nausées au réveil, constipation opiniâtre, urine phosphatique, fatigue, courbatures, céphalée fréquente, rachialgie, crampes douloureuses dans le mollet, tremblement fibrillaire des muscles, des membres, palpitation cardiaque, vertige dans la rue, tristesse profonde, recherche la solitude, et se trouve délaissée et mal entourée.

Disparition du sommeil; nuit blanche; hallucinations fréquentes à l'entrée de la nuit; cauchemars dès qu'elle sommeille et fatigue considérable au réveil.

Enveloppement humide. Les premières applications l'assoupissent. Le sommeil véritable ne vient qu'à la cinquième nuit, et à partir de la neuvième nuit, le sommeil oscille entre cinq et huit heures et devient réparateur petit à petit. Au quinzième jour, traitement interne : arséniate de soude et de strychnine, phosphatine, glycérophosphate de soude, promenade quotidienne par tous temps. Continuation de l'enveloppement humide durant cinq mois.

Aujourd'hui, elle se plaint d'avoir seulement, *au moment des règles*, des migraines assez violentes et un sommeil très léger et quelque peu agité. A part cela, en temps ordinaire, sommeil excellent.

Observation III. — M. N. L..., avocat, 35 ans, Parisien de naissance et de vie, tempérament nerveux, actif, secrétaire d'un homme politique, collabore à divers journaux, sort beaucoup dans le monde, va fréquemment au théâtre : bref, travaille beaucoup et s'amuse de même.

A 32 ans, L... eut quelques peines de cœur qui le mirent dans un état d'exaltation con-

sidérable. Six mois après, il perdait une partie de sa fortune dans une affaire industrielle. Ces deux causes, avec cette vie double de travail et de plaisirs, le rendirent nerveux au dernier degré, au point qu'il ne pouvait plus, au bout de trois mois, se livrer au moindre travail intellectuel. Dès cette époque, le sommeil devenait difficile, mais s'obtenait encore au moyen de médicaments; et, qui plus est, son estomac, déjà peu valide auparavant, le fit souffrir. Il se fit alors soigner, et on lui découvrit une gastrite avec dilatation de l'estomac. Dès lors, ce fut une débauche de poudres.

Bref, son état empira. Anorexie complète, constipation, vertiges fréquents, fatigue, faiblesse générale, courbature au réveil, gêne dans le cou, tempes prises dans un étau, poids sur la tête, céphalées intenses, crampes fréquentes, douleurs fulgurantes dans les jambes, tremblement dans l'effort et le mouvement. Tristesse de se voir dans cet état, ennui continuel, même au sein des distractions; fuit la solitude, est devenu très peureux, surtout la nuit. Plus de sommeil, malgré les médicaments.

Enveloppement humide. Dès le premier soir, application de quatre heures et sommeil de cinq heures. Les jours suivants, résultat à peu près semblable. L'enveloppement humide continué pendant trois mois, durant toute la nuit, procure chaque fois un sommeil réparateur. Vers la troisième semaine, le traitement médicamenteux fut adjoint : arséniate de soude, glycérophosphate de soude, phosphure de zinc; massage; trois grands bains tièdes par semaine et promenade quotidienne.

Au quatrième mois de ce traitement, le sommeil venait de lui-même et l'état général de M. L... était des plus satisfaisants.

Comme on le voit, ce procédé d'enveloppement humide, qui réussit ainsi dans les cas d'insomnie neurasthénique, n'est pas difficile à bien appliquer lorsqu'on peut disposer d'un aide, il n'est pas désagréable à revêtir (1) et à supporter et il a sur les médicaments hypnotiques l'avantage d'agir plus sûrement et, qui plus est, celui de ne point détériorer l'estomac, si souvent déjà compromis.

Les seuls inconvénients que certains peuvent reprocher à cette méthode, sont : 1° de n'être pas d'une application facile pour une personne seule; et 2° de provoquer, par un enveloppement humide prolongé, de la faiblesse générale, de la débilitation.

A propos de la première objection, nous rappellerons que le maillot peut remplacer efficacement l'enveloppement et, à propos de la seconde, que, suivant l'état de chaque sujet et son degré d'insomnie, l'enveloppement doit être appliqué plus ou moins longtemps.

Bref, en résumé, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'insomnies continues chez les hyperneurasthéniques ou d'insomnies qui auront résisté à tous les hypnotiques, nous ne saurions trop conseiller d'essayer ce procédé qui nous a donné à plusieurs reprises d'aussi excellents résultats.

---

(1) Pourtant, certaines personnes se récrient quand on leur propose un tel moyen. Et comme ce procédé n'est pas connu d'elles ni de leur entourage, elles font des difficultés pour l'adopter; elles avouent alors qu'elles craignent qu'on se serve d'elles comme sujets d'expérience ou qu'elles redoutent les refroidissements ou encore le contact intime de l'eau pour leurs rhumatismes présents et à venir. Dans ces conditions, il faut leur comparer l'enveloppement humide au vaste cataplasme qu'on étend sur une portion du tronc et qui porte presque toujours à la somnolence, et leur rappeler l'action sédative et calmante du bain local sur les régions qui y sont soumises.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIETE DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 mars 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. Chassevant, à propos du travail de M. Catillon sur l'iodo-thyroïdine, fait remarquer qu'en s'adressant à la digestion pancréatique au lieu de la digestion pepsique dans l'obtention du produit actif, M. Catillon n'a introduit dans le procédé de Baumann qu'une modification de détail, ne suffisant pas pour justifier le nom nouveau d'*iodo-thyroïdine* au lieu de thyroïodine.

Il faut se demander si l'iode est bien un élément constitutif de la molécule de l'antitoxine thyroïdienne, de même que le fer est caractéristique de l'hémoglobine : l'iode se combine probablement de préférence avec le protéide actif et on ne doit sans doute pas attribuer à l'iode l'action antitoxique du suc thyroïdien. M. Chassevant se réserve, par cette communication préalable, de prendre date pour des recherches qu'il est en train de faire, dans le but de démontrer le bien-fondé de la thèse ci-dessus énoncée.

M. Catillon considère que l'emploi de la pancréatine au lieu de pepsine constitue une modification importante du procédé de Baumann, puisque avec la première on n'a besoin de faire agir le réactif que pendant deux heures au lieu de quarante-huit et que la perte de substance est beaucoup moindre. Il est possible que, comme le dit M. Chassevant, l'iode ne joue pas le rôle actif dans le produit extrait des glandes thyroïdes; si la preuve de cette assertion est faite, cela démontrera simplement que l'on se presse souvent trop en affirmant des faits insuffisamment démontrés.

M. le Secrétaire général lit une lettre de M. le Dr Vinci, qui a fait les premières recherches sur l'*eucaïne* : cet auteur a trouvé que l'équivalent toxique de ce produit est inférieur à celui de la cocaïne chez le lapin, et que les troubles des organes centraux sont de même moins marqués. L'action sur le cœur n'est pas plus grande que celle de la cocaïne : les deux produits élèvent la pression du sang. Quant à l'anesthésie eucaïnique, elle est égale chez l'homme, comme intensité et durée, à celle que produit la cocaïne : chez le lapin, elle est même plus intense. M. Vinci n'a jamais observé les accidents signalés dans la communication de M. le Pr Pouchet.

M. le Pr Pouchet s'étonne que des expériences, faciles à vérifier, donnent en Allemagne d'autres résultats qu'en France. Peut-être les produits en expérience ne sont-ils pas identiques. L'orateur a trouvé que chez le lapin l'équivalent toxique est plus élevé pour l'eucaïne que pour la cocaïne. Les cobayes subissant une crise épileptiforme par suite de l'action de l'eucaïne ne survivent pas, tandis que lorsque la cocaïne est en expérience, la survie s'observe. L'action sur le cœur a été trouvée plus grande que celle de la cocaïne chez la grenouille. L'anesthésie eucaïnique ne dure chez l'homme que vingt-cinq minutes avec l'eucaïne (Reclus) et une heure dix avec la cocaïne. En résumé, l'eucaïne doit être réservée pour les petites opérations.

M. Ferrand lit une observation due au Dr Bosredon (de Brives), concernant un *cas d'empoisonnement par la poudre de pyrèthre*. Un enfant de 11 mois ouvrit en jouant une boîte contenant de la poudre de pyrèthre, et s'en couvrit la figure : les accidents observés consistèrent en pâleur, vomissements, abattement, ralentissement des battements du cœur avec respiration agitée. Guérison par administration d'ipéca. M. Ferrand fait remarquer qu'il est difficile, dans ce cas, de faire une distinction entre les troubles asphyxiques provenant de l'obstruction mécanique des voies aériennes par la poudre, et ceux provenant de l'action irritante et toxique du pyrèthre.

M. Duchenne fait part à la Société d'*accidents dus à une spécialité*. Il s'agit de pilules contre la constipation, à base de noix vomique, dont l'ingestion, expérimentée sur une chienne à la dose d'*une seule pilule*, provoqua des accidents tétaniques graves. Le prospectus annonçant que l'on peut donner sans inconvénient une pilule à un enfant de 7 ans, et jusqu'à huit pilules par jour à un adulte, l'orateur croit devoir prévenir la Société du danger qu'il y aurait à s'en tenir aux termes de ce prospectus. Chaque pilule contient 2 centigrammes d'extrait de noix vomique.

M. le Pr Pouchet rappelle que la richesse en strychnine varie dans des proportions considérables dans l'extrait de noix vomique; avec le temps, la richesse en strychnine diminue. Il est heureux que les pilules de ce genre ne se dissolvent pas toujours dans le tube digestif.

M. Sevestre présente une note concernant le *tubage et la trachéotomie dans le croup compliquant la rougeole*. Les observations de l'orateur lui ont démontré que le tubage ne présente pas, chez les enfants de cette catégorie, les inconvénients signalés par M. Josias.

M. Josias fait remarquer que les dangers du tubage se manifestent surtout quand on opère *au début* de la rougeole, alors que la glotte est œdématiée; la présence d'un tube provoquera des ulcérations, d'ou abcès péri-laryngés et broncho-pneumonies. Les cas de M. Sevestre se rapportent à des diphtéritiques aux septième et huitième jours de la rougeole, alors que l'œdème a beaucoup diminué.

M. Blondel présente au nom de M. G. Lyon une note intitulée : *Contributions à l'étude des accidents causés par l'antipyrine.* Il s'agit d'accidents cutanés de nature pemphygoïde, et d'une stomatite bulleuse observés chez une malade à la suite de l'ingestion d'un gramme d'antipyrine : des phénomènes analogues s'étaient déja, six mois auparavant, manifestés chez la malade dans les mêmes conditions. L'urine contenait une quantité assez notable d'albumine : l'auteur incrimine l'insuffisance rénale comme cause du caractère grave de l'éruption, qui aurait pu se produire aussi à l'occasion de l'ingestion d'autres médicaments (iodures, etc.).

M. Jaskievitz fait remarquer que les arthritiques, même sans lésions rénales, présentent des toxidermies à la suite d'ingestion de médicaments ou d'aliments. Il est intéressant de constater en outre que plusieurs auteurs étrangers préconisent l'emploi de l'antipyrine dans les cas de néphrite, pratique peu conciliable avec les conclusions de M. Lyon.

M. Duhourcau, à propos du cas qu'il a décrit à la séance précédente, ne peut admettre qu'il se soit agi là de troubles néphritiques, car la malade ne présentait pas d'albuminurie *avant* l'ingestion d'antipyrine, et les accidents se sont montrés au bout de vingt minutes, laps de temps trop court pour permettre l'évolution d'une néphrite.

M. Dalché pense qu'il suffit d'admettre une insuffisance rénale temporaire due à l'action de l'antipyrine, mais il reste à expliquer pourquoi les érythèmes ont une tendance si remarquable à se localiser toujours sur le même point chez un malade donné. En outre, les diabétiques, dont le rein n'est pour ainsi dire jamais indemne, sont traités avec succès par l'antipyrine.

M. Blondel rappelle un cas qu'il a observé avec M. Morel-Lavallée : il s'agissait d'une jeune femme présentant sur la langue des plaques laiteuses, fauchées, typiques et sur la poitrine une éruption rubéolique magnifique, le tout simulant la syphilis à s'y méprendre. Or, tout cela était le résultat de 50 centigrammes d'antipyrine. M. Blondel pense que dans certains cas il faut admettre une action trophique, car l'antipyrine exerce une influence indéniable sur l'axe cérébro-spinal : elle paraît capable de reproduire expérimentalement plusieurs trophonévroses, pemphigus, desquamation, etc.

M. le Pr Pouchet s'étonne qu'on ne fasse aucune mention des troubles cardiaques graves, avec cyanose et menaces de syncope, auxquels expose l'emploi de l'antipyrine chez certains sujets.

M. Gallois a reconnu que les accidents cardiaques se montrent surtout chez les malades qui sont ou âgés, ou atteints de grippe ou d'affections fébriles. Il cite un cas, où un artério-scléreux présenta de l'œdème aigu du poumon à la suite d'ingestion d'antipyrine.

M. Bardet conseille de bien distinguer deux variétés d'éruptions : les unes sont dues à l'irritation de la muqueuse gastrique (érythèmes, etc.) : nombre de substances et d'aliments provoquent des dermatites analogues et l'antipyrine ne saurait être incriminée, mais bien l'irritation de la muqueuse stomacale. Les accidents tels que le purpura sont d'un tout autre ordre; ici, l'antipyrine devra être mise en cause, car elle modifie la masse sanguine.

M. Duhourcau a de la peine à admettre que les phénomènes généraux marqués, qui accompagnèrent chez sa malade le développement de la dermatite, puissent être expliqués par une simple action irritante, s'exerçant sur la muqueuse gastrique.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

La saignée-transfusion, par J. Bosc. (*Presse médicale*, n° 11, p. 57, 1897.) — La saignée-transfusion est une méthode de traitement employée pour la première fois en 1893 par Bosc, dans les maladies infectieuses et diverses intoxications, qui consiste à faire précéder l'injection intra-veineuse d'eau salée d'une abondante saignée. Ce moyen a été employé par Bosc dans le choléra d'abord, puis dans la pneumonie, dans l'urémie.

L'élimination par la saignée d'une grande quantité de toxines constitue l'indication capitale de la saignée-transfusion, celle qui devra, dans certains cas, faire préférer cette dernière méthode à la simple injection d'eau.

Pour le choléra on peut se demander si chez le moribond étant refroidi, à pouls très faible ou nul, cyanosé et asphyxiant, on a le droit de recourir à la saignée? Annesley n'hésite pas à répondre oui et Cruveilhier à sa suite.

D'autre part on peut objecter que la saignée va mettre entrave à la phagocytose, mais il n'en est rien; à la suite de la saignée non seulement les phagocytes ne sont pas diminués, mais il se produit une véritable hyperleucocytose; d'autre part les injections consécutives d'eau salée ont une action très intense sur les organes hématopoiétiques.

G. Lyon.

Guérison par le traitement thyroïdien d'un goitre plongeant à la veille d'être opéré, par Lichtwitz et Sabrazès. (*Bulletin médical*, n° 9, p. 93, 1897.) — Un homme de 23 ans, atteint de goitre, fut traité pendant un an par l'iode en badigeonnages et par des prises quotidiennes de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium. En dépit de ce traitement, le volume du goitre ne fit qu'augmenter, et comme il s'accompagnait de troubles de la respiration, la question de l'intervention fut agitée. Toutefois, avant d'en venir à une opération, on eut l'idée d'essayer le traitement thyroïdien.

On sait que les goitres parenchymateux, les plus rebelles à la médication iodurée, sont favorablement influencés par l'opothérapie thyroïdienne; Koch pense, il est vrai, que si l'on met en balance les traitements par l'iode et par le suc de la thyroïde, ce dernier n'a aucune supériorité sur la première, mais les faits démentent cette opinion.

Le malade prit, à partir du 1er décembre 1896, une cuillerée à café, représentant 50 centigrammes de pulpe saine et fraîche, d'un extrait glycérique de corps thyroïde de mouton et une tablette équivalant à 30 centigrammes de cette pulpe. Ces préparations ont été ingérées, chacune à jour passé et en alternant, avant le repas de midi.

Après la première semaine la respiration s'accomplissait beaucoup plus librement; toute menace de suffocation semblait écartée; les marches prolongées, les travaux fatigants n'entraînaient plus aucune gêne. Cependant le corps thyroïde restait volumineux; cette disparition rapide des troubles subjectifs, alors que le goitre n'a pas encore subi de diminution notable, a été constatée par différents médecins, notamment par Bruns. Ce n'est qu'au bout de quinze jours environ que le goitre a commencé à rétrocéder, mais après trois semaines son volume s'était réduit très considérablement. Le malade avait perdu, dans l'intervalle, 1,200 grammes de son poids.

G. Lyon.

Traitement de l'ostéomalacie par le phosphore. (*Wratsch*, n° 1, 1897). — Kosminski rapporte 13 cas d'ostéomalacie chez la femme, où il a obtenu un brillant résultat par l'administration de phosphore à l'intérieur.

L'âge des malades variait de 26 à 40 ans;

toutes étaient des multipares et souffraient depuis plusieurs années. Chez une de ces malades l'ostéomalacie avait débuté il y a onze ans.

Avant le traitement, cinq malades pouvaient encore marcher en s'appuyant sur une canne ; les autres étaient obligées de garder le lit. Deux ne pouvaient même pas se mouvoir à cause de douleurs.

Après le traitement, au contraire, toutes les malades étaient en état de marcher librement, sans le moindre appui. La durée du traitement a varié entre quatre et seize mois ; celle de l'observation après le traitement, de six mois à trois ans et demi.

Les récidives sont survenues dans deux cas au bout d'un an et demi. Faisons remarquer toutefois, que, dans ces cas, le traitement n'avait pas été très prolongé : de quatre à six mois.

Il est intéressant de noter que l'une des malades avait été préalablement ovariotomisée, et ce n'est qu'après la récidive qu'elle s'était adressée à l'auteur.

Le succès obtenu résulte, d'après Kosminski de deux choses : 1° durée prolongée du traitement ; 2° administration des médicaments à hautes doses. Il faut que le traitement soit fait pendant des mois et même des années ; c'est dans ces conditions, dans ces conditions seulement, qu'on peut éviter les récidives.

Voyons maintenant comment procédait l'auteur.

Il administrait le phosphore dans de l'huile de foie de morue. La dose initiale était de 1 centigrammes de phosphore par 50 grammes d'huile de foie de morue (deux cuillerées à café en vingt-quatre heures. Cette dose était augmentée progressivement jusqu'à 35 milligrammes par 50 grammes d'huile (trois cuillerées à café par jour), à la condition, bien entendu, que les malades eussent bien supporter la médication.

Le tableau donné par l'auteur montre que la quantité de phosphore administrée pendant toute la durée du traitement a varié de 50 centigrammes à 1 gr. 30; la quantité respective d'huile de foie de morue, de 1.100 à 3.250 grammes.

L'état général des malades s'améliorait considérablement.

L'auteur termine son travail en disant qu'il n'a jamais noté aucun accident. Toutefois, il serait permis de se demander si le phosphore administré à des doses si élevées, n'a pas agi d'une façon fâcheuse sur les organes, et particulièrement sur le foie.

B. Taft.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Chirurgie du poumon, par Lejars, Bazy et Routier. (*Société de chirurgie*, 17 février 1897.) — M. Lejars rapporte deux cas d'interventions pour foyers gangréneux. Chez ses deux malades il fit le décollement de la plèvre assez loin, après la résection des côtes, et constata que le palper transpleural ne lui donnait aucune indication précise dans l'un de ces cas, et qu'il lui avait permis d'ouvrir et de marsupialiser, dans l'autre, un foyer de gangrène. Mais un point est à faire ressortir, c'est que la discordance est souvent absolue entre le maximum des lésions indiqué par l'auscultation et leur foyer réel. On ne doit donc pas s'en remettre sans réserve aux données sthétoscopiques, lorsqu'on a à intervenir. MM. Bazy et Routier déclarent n'avoir jamais rien pu percevoir de net à travers la plèvre décollée. La mortalité est encore considérable, à cause du pneumothorax et des dégâts causés souvent par ces recherches, puisque nous relevons, sur ces quatre derniers cas relatés, que les deux malades de M. Lejars ont succombé rapidement, ainsi que celui de M. Bazy. L'opéré de M. Routier, qui avait une pleurésie purulente interlobaire, est seul actuellement guéri.

Aug. Benoit.

De l'intervention chirurgicale dans les ankyloses du coude, par Goguel. (*Thèse de Paris*, novembre 1896.) — A la suite des traumatismes, on observe souvent des ankyloses du coude qui résistent à tous les moyens de réduction connus. Aussi pratique-t-on depuis quelques années l'intervention chirurgicale contre cette affection. Suivant l'auteur, les contre-indications sont : la vieillesse, la cachexie, le premier âge, les attaques fréquentes de rhumatisme, l'ancienneté excessive des lésions. Il faut au contraire opérer chez l'adulte, atteint d'une ankylose en demi-extension ou d'ankylose double et chez lequel les méthodes de réduction sous chloroforme auront été vainement essayées. L'opération consistera aujourd'hui à faire soit l'*arthrotomie* simple, soit la *résection*.

L'*arthrotomie* suffira pour les ankyloses récentes, qui résultent d'un simple déplacement des surfaces articulaires, ou celles qui résultent de la présence d'un fragment quelconque interposé. Il faudra faire au contraire la *résection* dans le cas de graves désordres de l'articulation ou de soudure osseuse complète. L'arthrotomie

doit d'ailleurs toujours précéder la résection et l'incision doit être faite en conséquence. La photographie de l'article par les rayons X peut aussi montrer l'importance des lésions à traiter. La mobilisation précoce ne sera pas oubliée dans le traitement consécutif.

AUG. BENOIT.

Traitement plastique de la contracture cicatricielle du bras. (*Gazette des hôpitaux de Botkine*, n° 27, 1896.) — SWIAJENINOFF, rapporte le cas d'une femme de 22 ans atteinte de contractures cicatricielles très prononcées du bras dans la région des articulations de l'épaule et du coude.

Les mouvements étaient très limités; le bras pouvait être élevé à un angle qui dépassait à peine 45°, l'avant-bras était fléchi sur le bras à l'angle aigu. Par suite d'une longue inactivité fonctionnelle, il s'était développé une atrophie musculaire considérable.

L'opération fut faite en deux fois: on disséqua d'abord les cicatrices qui fixaient les bras au thorax et l'on greffa dans l'aisselle un lambeau cutané de la paroi thoracique. La greffe prit très bien.

La deuxième opération consista également à disséquer les cicatrices situées autour de l'articulation du coude et de greffer un lambeau cutané de la face antéro-externe du bras.

Le résultat de cette double opération fut excellent. Le malade peut soulever le bras au-dessus de la ligne horizontale, et le coude peut être étendu à l'angle dépassant 120°.

B. TAFT.

Procédé de « cerclage » dans les fractures de la rotule, par ARON. (*Thèse de Paris*, décembre 1896.) — L'auteur expose un procédé inauguré par le Pr Berger en 1890. Le « cerclage » s'applique aux cas où les fragments d'une fracture de la rotule sont trop nombreux et trop petits pour se prêter à la suture, seul moyen, comme on sait, d'éviter l'interposition fibreuse et d'obtenir un cal osseux. M. Berger l'exécute de la manière suivante : il découvre le foyer de la fracture par une incision courbe à convexité inférieure. S'il y a déjà un cal fibreux, il l'excise et avive les fragments légèrement; dans le cas où l'accident est récent, il enlève les caillots sanguins et procède immédiatement au cerclage. Il s'agit d'encadrer la rotule avec un fil d'argent conduit par une aiguille. On passe le fil dans l'épaisseur des insertions tendineuses et fibreuses qui se font à la rotule, en rasant exactement l'os et en évitant de pénétrer dans l'article. On commence généralement par la base; lorsque les fragments sont ainsi rassemblés, on n'a plus qu'à les serrer par torsion des deux chefs du fil, et on coupe au ras, en dissimulant si c'est nécessaire la saillie du nœud dans l'épaisseur de l'os ruginé à ce niveau. On rassemble ensuite les parties fibro-périostiques au-devant de la rotule, au moyen d'un surjet de catgut et on suture la peau. Le membre doit être immobilisé dans un appareil plâtré. Les résultats sont en général parfaits.

AUG. BENOIT.

De la résection extra-articulaire du genou. (*Medicinskoïe Obosrenïe*. n° 24, 1896.) — WOLKOWITSCH estime que l'arthrite turberculeuse du genou est une indication pour la résection extra-articulaire, car il permet d'éviter l'infection de la cavité articulaire par des produits tuberculeux.

L'opération doit commencer par l'excision des fistules, de sorte qu'on ne peut pas indiquer d'une façon absolue et uniforme la direction de l'incision, celle-ci devant varier suivant les cas. Le plus souvent on est obligé de tailler le lambeau cutané sur la face antérieure du genou, en le disséquant jusqu'au tendon du quadriceps crural. Le tendon est coupé transversalement, après quoi on scie l'extrémité inférieure du fémur sans toucher à la cavité-articulaire. Il ne reste ensuite qu'à scier l'extrémité supérieure du tibia, de fixer les deux os et de drainer la plaie après avoir mis le malade préalablement dans un appareil.

L'auteur estime que la résection extra-articulaire donne des résultats moins favorables dans les cas où il s'agit d'autres articulations que celle du genou.

B. TAFT.

Compression des nerfs par le tissu fibreux cicatriciel, par ARIÉ. (*Thèse de Paris*, décembre 1896.) — Il ne faut pas toujours, à la suite d'un traumatisme, rapporter les troubles nerveux consécutifs à l'enclavement du nerf dans le cal ou à la blessure du nerf lui-même. Qu'il y ait eu fracture ou plaie, il arrive souvent que les nerfs sont pris dans une gangue fibreuse de nature cicatricielle et subissent des phénomènes de compression qui se traduisent par des paralysies plus ou moins complètes. Or l'intervention est la condition *sine qua non* du retour de la fonction nerveuse. Elle doit être précoce, lorsqu'on soupçonne la cause des troubles observés, afin d'éviter une altération excessive du cordon nerveux et elle consistera à libérer le cordon, par une fine dissection de ses adhérences fibreuses, à extirper le tissu fibreux en totalité et à refermer la plaie par suture. Les précautions aseptiques les plus minutieuses sont de rigueur,

pour éviter l'infection de la plaie ou la névrite infectieuse ascendante : Pour ne pas s'exposer à trancher le nerf, il est recommandé de le chercher au-dessus ou au-dessous du point comprimé, en faisant une incision suffisante, et dans un point où il est libre et n'a pas subi de modifications de rapport.

AUG. BENOIT.

Traitement des anévrismes du tronc brachio-céphalique par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites, par LANESSUS. (*Thèse de Paris*, décembre 1896.) — Parmi les opérations préconisées pour le traitement des anévrismes du tronc brachio-céphalique, la double ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites est la plus rationnelle.

La mortalité opératoire peut être considérée comme presque nulle, depuis l'avènement de la méthode antiseptique.

On pourra toujours compter sur un résultat immédiat favorable, si l'on élimine du cadre de la chirurgie opératoire certains cas particuliers. La ligature de la carotide est en particulier contre-indiquée, lorsqu'il existe des signes d'insuffisance circulatoire dans le système carotidien du côté gauche.

Les résultats fonctionnels peuvent être considérés comme très avantageux dans la grande majorité des cas. Quelques guérisons complètes paraissent même avoir été observées.

Les effets du traitement médical étant presque toujours nuls, on arrivera très vite à conseiller au malade l'opération. Celle-ci a d'autant plus de chances de succès qu'elle est plus précoce.

Les ligatures seront placées dans un point très rapproché du sac. En raison du volume de celui-ci, on sera très souvent obligé de faire la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes.

G. LYON.

De la ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorales externes pour anévrisme traumatique. (*Wratsch*, n° 2, 1897.) — KOZLOWSKY a rapporté à la Société des médecins de Kiew, le cas d'un homme ayant reçu une balle de revolver dans le tiers supérieur de la cuisse gauche dans la région du triangle de Scarpa. L'hémorragie avait été arrêtée; et, lorsque l'auteur vit le malade pour la première fois, quatre jours après l'accident, il reconnut l'existence d'un anévrisme traumatique. Il pratiqua aussitôt la ligature de l'artère et de la veine fémorales externes. La réunion de la plaie se fit par première intention le onzième jour. Les symptômes qui avaient existé avant l'opération de la jambe disparurent, et le malade guérit.

B. TAFT.

Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire, par WILMS. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n° 3, p. 53, 1897.) — Dans le service de Leichtenstein, à Cologne, la ponction lombaire a été employée dans les cas suivants :

1° Dans 4 cas de méningite cérébro-spinale (6 ponctions). Deux fois on a pu déceler la présence du méningocoque de Weichselbaum dans le liquide évacué. Dans un cas le malade s'est complètement rétabli après deux ponctions successives, au cours desquelles 235 centimètres cubes de liquide ont été évacués. Dans un autre cas la mort est survenue subitement, deux heures après la ponction.

2° Dans 5 cas de méningite tuberculeuse (6 ponctions) on n'a pu déceler le bacille de Koch que dans un seul de ces cas. La ponction a presque toujours été suivie d'une amélioration passagère, immédiate.

3° Dans 3 cas de pseudo-méningite survenue dans le cours d'une grippe infectieuse. Résultats négatifs au point de vue du diagnostic et du traitement.

4° Dans 11 cas d'affections diverses, néphrite chronique avec urémie, méningite syphilitique, embolie et apoplexie cérébrale, tumeur du corps strié, tumeur du cervelet.

Les résultats ont été nuls aussi bien au point de vue du diagnostic que de la thérapeutique. Le sujet qui était atteint de tumeur du cervelet est mort subitement cinq heures après la ponction.

G. LYON.

De l'emploi du dermatol en chirurgie. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 février 1897.) — M. le Pr JULLIARD (de Genève), parmi tous les succédanés de l'iodoforme, préfère le dermatol, antiseptique, siccatif, excitant, car il active la granulation et est plus hémostatique que le composé iodé.

Il est vrai qu'il ne possède aucune propriété antituberculeuse ou antisyphilitique.

Les dermatol ne se décompose pas : l'auteur a vu, cependant, dans quelques cas rares, la gaze dermatolée ayant servi à un pansement se tacher en noir par formation de sulfure de bismuth, provenant sans doute de l'action d'un composé soufré libéré par la décomposition de matières albuminoïdes.

La gaze au dermatol est tout spécialement recommandable, car on peut la stériliser et par conséquent s'en servir pour tous les pansements aseptiques.

En cas de fractures compliquées, on s'adressera en premier lieu au sublimé. Ce n'est qu'après que tout danger d'infection est passé qu'on utilisera la gaze au dermatol.

Les conclusions de l'auteur sont basées sur une observation de plus de cinq ans : le dermatol a actuellement remplacé tout à fait l'iodoforme à la clinique chirurgicale de Genève.

Nous ferons remarquer à ce propos que le grand inconvénient du dermatol, au moins à Paris, consiste dans la variabilité du produit. Il n'est malheureusement pas indifférent d'acheter n'importe quel dermatol, car la poudre est souvent impure et partant irritante : nous conseillerons donc de bien stériliser le dermatol avant de s'en servir, car on a grande chance que l'action de la chaleur détruise les impuretés. E. Vogt.

Radiographie chirurgicale, par L. Laurent. (*Thèse de Paris*, novembre 1896.) — Etude complète des applications de la nouvelle photographie par les rayons de Rœntgen à la chirurgie et à la médecine, avec observations variées à l'appui. Nous en retenons la partie technique suivante : l'outillage comprend simplement un tube de Crookes et, pour l'exciter, une bobine de Rhumkorff actionnée par des piles et des accumulateurs. Le tube de Crookes aura de préférence la forme d'une poire ou, suivant le conseil de M. Séguy, on pourra prendre des tubes en boules à électrodes filiformes. La plaque sensible est enfermée dans une enveloppe imperméable à la lumière ordinaire, et l'objet à radiographier est placé entre le tube et la plaque, le plus près possible de cette dernière, sans la toucher, pour ne pas l'impressionner par contact mécanique. Quant au tube, pour diminuer la pénombre, on doit lui donner un recul de 30 à 40 centimètres. L'excellence du résultat dépend de la parfaite raréfaction de l'air dans l'ampoule de Crookes. Aussi M. d'Arsonval a-t-il entouré l'ampoule d'une capsule de celluloïd remplie d'eau, pour éviter les petits trous dont se perforait l'ampoule, échauffée surtout au point où les rayons cathodiques viennent la frapper. M. d'Arsonval supprime d'ailleurs les électrodes, en employant la haute fréquence et une ampoule très allongée ; la capsule pleine d'eau sert d'électrode inférieure, un manchon de caoutchouc rempli d'eau coiffant le haut de l'ampoule sert d'électrode supérieure. Le même auteur dit également que, pour exciter le tube de Crookes, il n'est pas indispensable de se servir de la bobine de Rhumkorff; les courants de Tesla ou l'étincelle de la machine électrostatique suffisent parfaitement. Aug. Benoit.

Lésions produites par les rayons X chez les professionnels de la radiographie. (*The Canadian Practitioner*, novembre 1896, p. 709.) — E.-E. King raconte l'histoire d'un sujet qui, donnant des démonstrations publiques de radiographie, demeurait exposé à l'action des rayons X de deux à six et même à huit heures par jour depuis environ huit mois. Au bout de deux mois et demi environ, la main droite, qui se trouvait placée entre la bobine et le tube, commença à enfler, et de larges phlyctènes, accompagnées de vives douleurs, se montrèrent sur la face dorsale. L'emploi de l'acide picrique rendit la surface cutanée moins sensible, et le sujet put continuer ses expériences. Plus tard, la joue se mit à gonfler du côté opposé, mais sans phlyctènes ; peu à peu, l'œdème gagna les paupières et la conjonctivite apparut. Une plaque métallique fut alors placée sur le trajet des rayons, mais sans apporter une protection suffisante, et le malade dut renoncer à son métier. En trois semaines ses blessures étaient guéries, et il ne subsistait qu'un peu de sensibilité locale. Lorsque l'auteur examina le sujet quelque temps après, il trouva la peau des mains infiltrée, luisante, congestionnée, et, à gauche, entièrement dépourvue de poils. Tous les ongles étaient exfoliés et bordés chacun de deux crêtes montrant des altérations profondes. Le côté gauche de la face était entièrement dépourvu de poils dans la région des tempes et jusqu'à une certaine distance derrière l'oreille : les sourcils, excepté une petite portion au voisinage du nez, la moustache, les poils des joues, du menton et du cou avaient entièrement disparu sur le côté gauche. Tout ce côté de la figure était luisant et très différent de l'autre. Il existait en outre de la conjonctivite et l'acuité visuelle était nettement affaiblie.

R. Blondel.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement de la bronchite fétide et de la gangrène pulmonaire par l'hyposulfite de soude, par C. Dumas. (*Thèse de Paris*, 1897.) — Parmi les nombreux médicaments que l'on a proposés contre la gangrène pulmonaire et les bronchites fétides l'hyposulfite de soude, particulièrement préconisé par Lancereaux, Besançon, Polli, est un de ceux qui méritent le plus de confiance.

Il s'élimine partie en nature par les urines en partie sous forme d'acide sulfureux et sulfhydrique par la muqueuse bronchique sur les sécré-

tions de laquelle ces composés à l'état naissant exercent une action antiputride énergique.

Les résultats thérapeutiques sont proportionnés à la dose du médicament. Il ne faut pas craindre d'employer de hautes doses (12-16 grammes par jour). Pour éviter l'intolérance de l'estomac il est nécessaire d'avoir recours simultanément à la voie digestive et à la voie rectale :

Potion :

Julep gommeux.....	20	grammes.
Sirop d'eucalyptus.....	40	—
Hyposulfite de sonde...	4	—
	(Lancereaux.)	

Lavement :

Hyposulfite de soude....	10	grammes.
Laudanum de Sydenham	6	gouttes.
Eau distillée.....	180	grammes.

L'hyposulfite de soude n'agit qu'au bout de quelques jours ; il est contre-indiqué dans les cas où il y a tendance à l'hémothysie ; on ne l'emploiera donc qu'avec la plus grande prudence chez les phtisiques porteurs de cavernes.

C'est surtout dans les bronchites chroniques fétides qu'il trouve ses plus heureuses applications.

G. Lyon.

Recherches nouvelles sur la nature et le traitement de l'asthme. (*Therap. Monatshefte*, février 1897.) — Brugelmann classe les diverses variétés d'asthme en deux groupes : 1° réflexe ; 2° par intoxication. Dans les formes réflexes, l'asthme nasal a donné lieu à de véritables abus, les spécialistes ayant souvent cautérisé des lésions nasales variées sans obtenir de résultat. Il ne s'agit pas de s'attaquer à tort et à travers aux lésions de la muqueuse, mais de rechercher minutieusement, et cela *avec la sonde seulement*, le point exact d'où part le réflexe : l'attouchement de ce point est extrêmement douloureux et provoque des troubles circulatoires (refroidissement des mains, par exemple) très marqués. C'est ce point seul qu'il y a lieu d'attaquer ; il est vrai que cette intervention est suivie régulièrement d'accidents fébriles, avec abattement, anorexie, etc. Ces points ne trouvent fréquemment sur le cornet supérieur et sont alors si peu accessibles qu'on ne peut les déceler qu'avec une sonde extrêmement fine.

Il va sans dire que la muqueuse entière du naso-pharynx peut présenter les mêmes centres réflexes. En cas de catarrhe bronchique, le point se trouvera dans les bronches et échappera forcément aux cautérisations ; mais c'est un cas rare. L'asthme neurasthénique avec autosuggestion est justiciable de l'hypnose ; il s'agit de persuader au malade que ses craintes touchant le retour fatal des accès sont exagérées, etc. En cas d'insuccès, la morphine seule agira.

L'asthme par intoxication consiste en une irritation du centre respiratoire par accumulation d'acide carbonique, d'urates, etc. Cette forme présente toujours de la cyanose et de la transpiration avec réfrigération cutanée ; les accès sont vespéraux ou nocturnes. Rien de semblable dans l'asthme réflexe, dont le pronostic est du reste beaucoup moins sombre.

L'asthme par intoxication oxycarbonée qu'on observe chez les obèses et les pléthoriques, constitue une forme relativement bénigne et facile à modifier en s'adressant à la cause.

Le traitement de l'asthme en général sera de même avant tout basé sur l'étiologie : on se souviendra en outre que dans l'asthme par intoxication les injections d'éther devront être préférées à celles de morphine.

Enfin il ne faut pas négliger l'*éducation asthmatique* (en français dans le texte). Il s'agit du traitement moral du malade, qui est toujours cérébralement diminué et raisonne sur son état d'une façon en général illogique : on observe, par exemple, fréquemment que l'asthmatique, par crainte du refroidissement, finit par ne plus sortir de sa chambre, par supprimer toute ablution, etc. Une autre suggestion qui s'observe souvent pousse le malade à faire de violents efforts de toux, dans le but de se débarrasser de mucosités trachéales auxquelles il attribue à tort un rôle étiologique dans sa maladie. Le médecin devra s'ingénier à ramener le malade à une compréhension plus saine de son état et à lui imposer une existence hygiénique bien réglée.

Les inhalations d'air comprimé constituent un excellent adjuvant de la cure, en augmentant l'apport d'oxygène et la capacité respiratoire (ce dernier effet exerce sur l'imagination du malade une action psychique fort salutaire).

La psychothérapie de l'asthme tiendra compte du fait qu'un événement captivant, un objet attirant toute l'attention du malade suffiront souvent à retarder l'apparition des accès.

E. Vogt.

Utilisation de l'activité musculaire chez les cardiaques. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 11 février 1897.) — Hirschfeld rappelle que la méthode d'Oertel, trop généralisée par son auteur, a été conservée pour le traitement de l'hypertrophie cardiaque provenant d'abus dans l'alimen-

tation : on obtiendra avec elle une augmentation de la diurèse; les exercices gradués augmenteront en outre l'afflux du sang vers les extrémités, d'où décongestion des organes centraux. Mais il ne faut pas oublier que l'exercice musculaire exagéré peut engendrer une dilatation cardiaque passive; on observe souvent dans ces cas que les bruits du cœur droit sont plus intenses que ceux du gauche : le cœur droit en effet pourra avoir quelque peine à se débarrasser de l'afflux de sang exagéré provoqué par l'activité musculaire. Une alternance entre des exercices sagement gradués et le repos ne peut être qu'utile, tandis qu'un régime basé sur un mois d'exercices fatigants (courses de montagne pendant les vacances, cure de Marienbad, etc.) suivi de onze mois de repos plus ou moins complet ne peut donner que de piètres résultats.

En résumé, les exercices musculaires forcés ne donneront de bons résultats chez le pléthorique suralimenté que dans le cas où on restreindra chez lui l'alimentation; à défaut de cette précaution, on ne fera qu'augmenter l'hypertrophie cardiaque que l'on voulait combattre. Tout au contraire, un exercice forcé, mais prescrit à doses fractionnées, non pas à un moment donné mais dans le cours de l'année tout entière, constitue une nécessité pour le bon fonctionnement du muscle cardiaque : le dosage de ces exercices devrait être médicalement déterminé dans chaque cas particulier par une étude approfondie des modifications de la matité et des bruits du cœur, provoquées par un travail musculaire donné.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux.

Dr A. Sallard

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des polynévrites, par F. Raymond. (*Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, nos 1 et 2, 1897.) Les éléments qui dominent l'étiologie des polynévrites peuvent se ramener aux termes suivants :

A. Intoxications et auto-intoxications; infections intervenant comme causes occasionnelles.

B. Prédisposition congénitale ou acquise, plaçant le système nerveux périphérique en état de *locus minoris resistentiæ*.

Ces notions d'étiologie doivent servir de guide dans l'institution du traitement prophylactique et du traitement causal.

Traitement prophylactique. — Dans la réalité des choses l'institution d'une prophylaxie efficace, en vue de prévenir le développement des polynévrites, se heurte à des difficultés toujours grandes, souvent insurmontables.

La prédisposition n'est pas de ces choses qu'on supprime du jour au lendemain. Ce que l'on doit s'efforcer de faire c'est de mettre le sujet à l'abri de certaines causes occasionnelles, tangibles et très répandues (alcoolisme, intoxications professionnelles, surmenage physique, contention d'esprit, soucis), qui, indépendamment des infections, interviennent comme générateurs habituels des polynévrites, chez des sujets prédisposés.

Il est d'autres circonstances où l'intervention trouvera à s'exercer d'une façon plus immédiate, en vue de prévenir le développement d'une polynévrite. Chez les sujets qui relèvent d'une maladie infectieuse, qui ont à traverser une convalescence plus ou moins longue, à un moment où leur système nervo-musculaire a particulièrement pâti, il ne faudra pas seulement se préoccuper de reconstituer les forces du sujet, au moyen d'un régime réparateur, il faudra aussi surveiller et diriger sa manière de vivre, en vue de le soustraire aux émotions dépressives, aux fatigues nerveuses et à tout surmenage musculaire. On ne négligera pas les pratiques propres à réveiller la nutrition des nerfs et des muscles (frictions, bains, massage, électrisation, gymnastique graduée). On ne perdra pas de vue la nécessité de favoriser le jeu des émonctoires, afin de hâter l'élimination des toxines dans les humeurs.

Traitement causal. — En présence d'une polynévrite en cours d'évolution, l'institution du traitement causal est, dans beaucoup de cas, d'une importance majeure; c'est quand la polynévrite dépend d'une intoxication ou d'une infection chronique.

Encore faut-il que l'on se trouve aux prises avec une intoxication tangible, intoxication alcoolique, saturnine, sulfo-carbonée, arsenicale, paludéenne, etc., ou avec une infection qu'il est possible d'enrayer ou de combattre efficacement (syphilis, septicémie).

Or, très souvent la polynévrite n'est que le résidu d'une intoxication ou d'une infection antécédente; souvent aussi la nature de l'agent toxique ou infectieux que l'on soupçonne d'être la cause occasionnelle de la polynévrite échappe au médecin. Celui-ci ne saurait mettre trop de perspicacité dans la recherche des causes; il ne doit pas perdre de vue notamment que nombre de gens du monde s'alcoolisent chez eux, dans les cercles et ailleurs, à leur insu.

A côté du traitement causal des polynévrites se rat-

tachent les essais d'antisepsie qui sont indiqués dans les cas où, chez un sujet affecté d'une polynévrite, il y a lieu de soupçonner une auto-intoxication ayant sa source dans le tube digestif. M. Raymond a d'ailleurs plus de confiance dans l'emploi des agents qui stimulent l'élimination des toxines et des toxiques que dans celui des antiseptiques intestinaux.

C'est à ce titre que les bains chauds, les diurétiques et en première ligne le lait absorbé par petites quantités souvent répétées, paraissent on ne peut plus utiles dans le traitement des polynévrites toxiques et infectieuses.

Un autre point est à retenir : de ce qu'une polynévrite s'est développée sous l'influence d'une cause spécifique, de ce qu'on lui a reconnu une origine syphilitique, paludéenne, diabétique, il ne faut pas en conclure que l'on viendra à bout d'un traitement antisyphilitique, antipaludéen, antidiabétique.

Traitement symptomatique et curatif. — Dans la pratique on est consulté pour une polynévrite déjà existante; l'institution d'un traitement prophylactique n'a donc plus de raison d'être. Cependant il peut arriver que dans un cas de polynévrite alcoolique, la malade, grâce à la faiblesse, à la complicité ou à l'ignorance de son entourage, continue de s'intoxiquer; il en peut être de même dans un cas de polynévrite arsenicale d'origine médicamenteuse, lorsque la véritable cause des accidents n'a pas été reconnue.

En dehors de ces circonstances exceptionnelles, on est réduit au traitement symptomatique : il faut d'abord remédier à des symptômes qui les uns peuvent menacer directement la vie du malade, tandis que les autres sont pour lui une cause d'incommodité, de souffrance.

Il s'agit ensuite de remédier aux troubles fonctionnels, paralysie, incoordination motrice qui sont par excellence l'expression de la névrite, de remédier aux troubles trophiques, principalement à l'atrophie musculaire, qui ne manquent presque jamais en pareils cas.

Enfin quand la névrite a déjà abouti à des atrophies musculaires irréparables et à des rétractions tendineuses consécutives, l'intervention du chirurgien peut devenir nécessaire pour remédier aux difformités et à la gêne fonctionnelle qui en résultent.

Indications symptomatiques. — La première des indications à remplir se rapporte aux souffrances physiques endurées par les malades, et qui dans certains cas peuvent donner la scène pathologique. Il faut ensuite combattre l'insomnie, les troubles vésico-rectaux (rares), enfin certaines complications bulbaires, et en première ligne la paralysie cardiaque, la paralysie respiratoire.

D'autres complications qui relèvent également d'une paralysie des nerfs cranio-bulbaires, telles les paralysies du pharynx, du voile du palais, de la langue, des joues — beaucoup plus rares, en dehors des cas de névrites diphtériques — peuvent nécessiter des mesures destinées à faciliter ou à rendre possible l'alimentation des malades.

Quand les douleurs sont très violentes la première mesure qui s'impose est de laisser les malades au repos absolu. De tous les médicaments analgésiants la morphine en injections sous-cutanées est à la fois le plus efficace et le plus prompt à produire ses effets, mais la morphine est contre-indiquée dans les états cachectiques.

Après la morphine, l'antipyrine, le salicylate de soude, le salophène peuvent être employés.

On a encore proposé (Gaspari, Webber, Eulenburg) l'emploi de l'acide phénique, soit en applications externes (compresses imbibées d'une solution à 4 ou 5 0/0), soit en injections sous-cutanées (solution à 2 0/0), seul ou associé à la morphine (acide phénique 2 0/0, morphine 1 0/0; 1 centimètre cube par par injection).

Pospischill (*Deutsche medizinal Zeitung*, n° 46, 1896) a préconisé les applications d'eau froide : il fait appliquer une première couche de bandelettes circulaires de toile imprégnée d'eau froide, recouvrir cette première couche d'une seconde couche de tours d'ouate sèche et envelopper le tout d'un tissu imperméable.

L'insomnie est en grande partie une conséquence des douleurs; pour la combattre on peut utilement associer le bromure de potassium à la morphine.

On peut encore avoir recours au trional qui est un soporifique de grande valeur; le chloral est moins recommandable, à cause de l'action dépressive que ce médicament exerce sur le cœur.

La paraldéhyde est le soporifique de choix, quand il s'agit de combattre l'insomnie dans un cas de polynévrite alcoolique.

Les troubles vésico-rectaux sont essentiellement transitoires : s'il existe de la constipation on la combat par les lavements et les autres moyens habituels; en cas d'incontinence passagère des matières fécales on en est réduit aux soins de propreté. En cas de rétention d'urine on est conduit à pratiquer le cathétérisme, en prenant les précautions antiseptiques de rigueur; enfin, contre l'incontinence d'urine on peut avoir recours au seigle ergoté, à la belladone, à la strychnine.

Dans les cas de polynévrite grave qui évoluent sous les traits d'une paralysie ascendante ou descendante aiguë, il faut s'efforcer de combattre la paralysie du cœur et des organes de la respiration.

On a coutume de prescrire, quand survient de la tachycardie, de la petitesse du pouls les stimulants cardiaques, l'éther, la caféine, le camphre en injections sous-cutanées. Peut-être pourrait-on essayer l'excitation faradique du nerf vague le long du cou.

Contre l'asphyxie imminente due à la paralysie des organes de la respiration, on est réduit aux excitants cutanés : cataplasmes sinapisés, battage du tégument avec des linges froids, faradisation superficielle et profonde; on peut encore utiliser les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées de strychnine.

Quand il y a paralysie des muscles de la déglutition, on doit recourir au gavage.

Quand la période aiguë est passée, ce que l'on reconnaît à la diminution de l'acuité des douleurs, à la disparition des signes de la réaction de dégénérescence, on doit s'efforcer de favoriser la restauration anatomique et fonctionnelle des muscles et des nerfs altérés. Il faut non seulement combattre l'atrophie musculaire, mais encore faire la rééducation des organes du mouvement, car les troubles psychiques ne sont pas rares dans la polynévrite et nombre de malades ne marchent pas parce qu'ils ont en quelque sorte perdu le souvenir des mouvements.

On favorise la régénération des muscles et des nerfs en prescrivant une alimentation reconstituante, notamment des aliments riches en phosphore, cervelle, jaunes d'œufs, poissons de mer, lentilles en purée, graisses de digestion facile, huile de foie de morue.

Les glycéro-phosphates et surtout les hypophosphites donnent de bons résultats.

D'autre part, il est nécessaire d'activer la nutrition des muscles, c'est-à-dire la circulation locale dans les parties paralysées et atrophiées; on emploiera les frictions excitantes, les lotions tièdes, les bains chauds de courte durée, la galvanisation et la faradisation des nerfs et des muscles, la gymnastique méthodique, le massage. Il ne faut pas seulement s'adresser aux moyens locaux pour activer la nutrition des nerfs et des muscles, il faut encore chercher à stimuler la circulation et le fonctionnement des centres qui président à la nutrition des parties dégénérées; on cherchera à obtenir ce résultat à l'aide de la galvanisation de la moelle, à l'aide des bains chauds simples, des bains salins et surtout des injections de strychnine.

Ce traitement devra être employé pendant des semaines et des mois. On ne dépassera pas la dose de 1 milligramme de strychnine par injection, et on ne fera jamais plus de deux injections dans les vingt-quatre heures et en thèse générale on ne fera qu'une injection tous les deux jours.

On espacerait davantage les injections si des phénomèmes de strychnisme venaient à se montrer (spasmes des muscles de la déglutition et de la respiration, hyperesthésie rétinienne, tressaillement au moindre attouchement, etc.).

Lorsque la motilité est en voie de rétablissement, il faut instituer des exercices méthodiques, moins pour fortifier les muscles que pour réveiller en eux la notion et l'habitude des mouvements. Cette rééducation des muscles comporte une première phase pendant laquelle les membres du malade seront soumis à des mouvements exclusivement passifs; plus tard, il faudra associer une gymnastique active à cette gymnastique passive, en partant des mouvements les plus simples pour aller à des mouvements de plus en plus compliqués. Il faut seconder le jeu des muscles qui n'entrent plus en action parce qu'ils sont privés du concours de leurs synergiques ou parce qu'ils sont incapables de vaincre spontanément la rétraction des antagonistes, ou parce qu'ils sont restés trop longtemps en état d'inertie.

Une fois les malades redevenus à même de marcher, on prescrira le séjour en plein air, la franklinisation ou encore la faradisation généralisée appliquée avec circonspection. Une fois les malades en pleine convalescence, l'hydrothérapie convenablement appliquée rendra de très grands services. Une cure thermale, notamment dans une station chlorurée sodique, sera un complément utile du traitement.

Si l'on se trouve en présence d'atrophies musculaires irrémédiables, compliquées de rétractions tendineuses, le massage et surtout l'intervention chirurgicale offrent de précieuses ressources.

G. Lyon.

Traitement thyroïdien de l'épilepsie, par L. Pierce Clark. (*Medical Record*, 24 octobre 1896.) — L'auteur rapporte cinq observations d'épileptiques traités par l'administration de glandes thyroïdes séchées, à la dose d'environ 30 centigrammes par jour.

Le traitement n'a pas été suivi d'excellents résultats. Il semble cependant qu'il y a eu une légère amélioration passagère qui, de l'avis de l'auteur, ne semble pas devoir continuer. Tous les sujets ont perdu de 3 à 10 livres de leur poids. Cette diminution de poids bien connue est due à l'augmentation de l'activité des échanges et l'auteur l'attribue aussi à l'action

toxique du produit expérimenté. En résumé, ces faits n'encouragent pas à appliquer ce médicament au traitement des épileptiques.

A. Chassevant.

Sur le traitement de l'épilepsie par l'opium associé au bromure de potassium, par Bratz. (*Neurologisches Centralblatt*, n° 1, p. 47, 1897.) — On sait que Flechsig a préconisé l'emploi de l'opium et des bromures associés, dans le traitement de l'épilepsie. Bratz a essayé cette médication chez 43 épileptiques. Chez 24 d'entre eux le résultat a été nul; chez un petit nombre seulement une amélioration est survenue; enfin 3 malades sont morts subitement au cours du traitement.

Celui-ci affecte sérieusement la plupart des malades, qui maigrissent, deviennent abattus, prennent un aspect souffreteux. Quelques-uns ont du délire, des vertiges. En somme le traitement de Flechsig ne paraît guère recommandable.

G. Lyon.

Recherches sur l'action des sérums dans les maladies mentales et nerveuses, par Mairet et Vires. (*Nouveau Montpellier médical*, n°s 7 et 8, p. 131 et 141, 1897.) — 1° Les injections hypodermiques de sérum artificiel pur ne donnent aucun résultat thérapeutique appréciable dans l'épilepsie et les maladies mentales. Elles sont inoffensives.

2° Les injections hypodermiques de sérum artificiel contenant des principes médicamenteux sont inoffensives. Le sérum paraît, dans ces cas, n'avoir d'autre effet que de rendre plus facile l'introduction du médicament par la voie sous-cutanée.

Quant aux médicaments introduits par cette voie, les effets ont été nuls pour le bromure de potassium, l'ergotine, l'acide phosphorique.

L'uréthane seul a permis de juguler l'*excitation maniaque*, d'en atténuer les symptômes bruyants et offensifs. Les effets sont plus rapides et se manifestent avec des doses moindres que ceux produits par l'administration du médicament par la voie gastrique.

3° Les sérums sanguins de lapin et de chien ont produit des effets semblables, seulement d'une intensité beaucoup moindre avec le sérum de lapin qu'avec celui de chien.

4° Le sérum de sang pur produit, comme effet physiologique principal, des érythèmes localisés ou généralisés (érythèmes passagers sans gravité), et en tout point semblables aux autres érythèmes sérothérapiques.

5° Les effets thérapeutiques, nuls dans l'*hystérie* et l'*épilepsie* et dans l'*aliénation mentale* avec excitation, sont plus utiles dans les aliénations mentales à forme dépressive. Sous leur influence, on obtient une excitation dont les effets paraissent être passagers. Mais, au bout d'un certain laps de temps, on s'aperçoit, les effets se répétant, qu'il y a une amélioration de l'état psychique. Mais jamais cette amélioration n'est arrivée jusqu'à la guérison : une fois, en effet, qu'elle a atteint un certain degré, elle s'arrête, malgré qu'on revienne à de nouvelles injections.

En même temps que cette amélioration psychique, on constate une amélioration physique, la circulation se relève et la nutrition devient meilleure, si bien qu'on peut se demander (et c'est là ce que nous pensons), si l'amélioration psychique n'est pas le résultat de l'amélioration physique.

6° L'étude de l'action des sérums appliquée aux maladies mentales et nerveuses réalise en certains cas une application utile et qui pourra peut-être devenir féconde dans la curation de ces affections.

G. Lyon.

Action de la scopolamine chez les aliénés, par Tomasini. (*Riforma medica*, n° 12, p. 135, 1897.) — La scopolamine, extraite du scopolia atropoïde, exerce une action dépressive sur l'excitabilité cérébrale, action qui a donné l'idée de l'utiliser dans certaines maladies mentales. Tomasini a pratiqué des injections d'un quart de milligramme à 1 milligramme. Les injections ne sont pas douloureuses et ne produisent aucune réaction locale, le sommeil est obtenu très rapidement, au bout de deux ou trois minutes, et les femmes sont plus sensibles que les hommes à l'action du médicament. Le malade tombe dans un sommeil calme, exempt de rêves et d'hallucinations. Le pouls est régulier, un peu diminué de fréquence, la respiration ne subit aucune modification.

Avec un quart de milligramme on obtient quatre à cinq heures de sommeil; avec une dose double le sommeil peut se prolonger pendant sept à huit heures, sans aucune interruption.

Les malades s'habituent facilement au médicament, de sorte qu'on est obligé d'augmenter rapidement les doses.

Outre l'action hypnotique, la scopolamine exerce une action sédative notable. Elle est particulièrement indiquée dans les cas de manie aiguë, dans la folie cyclique; elle est inefficace dans les attaques d'épilepsie.

G. Lyon.

Sur un cas de narcolepsie guéri par la suggestion. (*Journal de médecine militaire*, n° 6, 1896.) — Vischpolsky décrit un cas de narcolepsie chez une femme de 25 ans. Pendant son

enfance et sa jeunesse, la malade souffrait d'anémie, mais elle s'était remise par la suite.

Les accès de narcolepsie ont apparu à la suite d'un chagrin de famille, après la naissance de son troisième enfant. La malade souffre depuis dix-huit mois; chaque accès dure jusqu'à dix jours, ils se répètent tous les mois et même deux fois par mois. Dans l'intervalle des accès, la malade est morne, fatiguée, incapable de tout travail. Pendant le sommeil cataleptique, on est obligé de la nourrir par force. Elle n'a pas de rêves; une fois seulement elle a eu le sommeil très troublé et elle dit avoir revécu pendant cet accès les malheurs de toute sa vie.

Comme la malade habitait une région paludique, on lui prescrivit de la quinine qui ne donna aucun résultat. Le changement de climat n'exerça non plus aucune influence favorable.

L'auteur procéda de la façon suivante : Ayant réveillé la malade pendant qu'elle n'avait pas encore repris complètement connaissance, il lui suggéra qu'elle ne dormirait plus. A la suite de cette suggestion la somnolence ne reparut qu'au bout d'un mois. A ce moment, on lui fit une nouvelle suggestion et l'on prescrivit l'hydrothérapie. Depuis, la malade se remit et finit par guérir complètement.

B. Taft.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Ex-président de la Société française d'ophtalmologie.

Diphtérie oculaire et sérothérapie. (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1er février 1897.) — Amman a fait, à la clinique ophtalmologique de Zurich, des recherches sur l'action du sérum dans la diphtérie oculaire. Depuis octobre 1894, tous les cas de ce genre ont reçu des injections. Jusqu'à ce jour, on en observe 6 cas : 4 se terminèrent par la cécité, les 2 cas favorables guérirent rapidement et sans complication. L'auteur reconnaît que lorsque la cornée est enflammée les injections de sérum ne parviennent pas à la conserver; cette inefficacité du traitement ne tient pas au fait que le processus cornéen serait dû à l'action d'autres microbes que celui de Loeffler (opinion de Coppez), car l'auteur a retrouvé ce dernier sur les ulcérations cornéennes.

Si la cornée est à peine intéressée ou intacte, l'action du sérum sur le processus conjonctival est manifeste et la guérison facile à obtenir.

E. Vogt.

Prophylaxie du trachome en Prusse. — Kirchner a fait, à la *Société médicale de Berlin* (10 février 1897), une communication sur cette affection qui constitue une vraie calamité dans la Prusse orientale (2,093 conscrits atteints sur 100,000), et diminue rapidement de fréquence en allant de l'est à l'ouest.

Les conditions hygiéniques des provinces orientales du royaume sont déplorables et l'alcoolisme fort répandu : le trachome constitue dans ces régions une maladie familiale éminemment contagieuse dans la période de sécrétion : elle tend à envahir les provinces occidentales, vers lesquelles se fait sans cesse une immigration d'ouvriers contaminés, attirés par la hausse des salaires.

Les conséquences du trachome sont graves et de plusieurs genres : 1° l'instruction scolaire est compromise, car les épidémies forcent souvent les autorités à fermer les écoles pendant des mois entiers. Dans certaines écoles de villages, il y a jusqu'à 48 0/0 d'enfants atteints; 2° l'acuité visuelle, très compromise à la suite de la maladie et de ses complications, provoque une diminution de l'aptitude au travail chez l'ouvrier, et l'appel des réservistes et de la landwehr, en cas de guerre, constituerait un grave danger pour les provinces non contaminées encore du royaume.

En présence de la pauvreté des régions atteintes, on ne peut songer à obtenir des malades qu'ils se soumettent volontairement à un traitement efficace mais coûteux : les maigres ressources des communes ne leur permettent pas d'intervenir, et les prescriptions légales restent ainsi lettre morte.

Depuis le mois de juin 1896, une commission du trachome, nommée par le gouvernement prussien, a pris la question en main; cette commission a déposé son rapport le 14 décembre et voici les conclusions qu'elle a adoptées : 1° installation d'hôpitaux spéciaux pour trachomateux, pour éviter la contagion dans les hôpitaux généraux. Recherche du microbe pathogène et de la meilleure méthode de traitement par les médecins de les hôpitaux; 2° conférences dans ces hôpitaux pour trachomateux, permettant aux médecins des provinces contaminées d'étudier à fond la question; 3° installation de policliniques gratuites, pouvant accorder des indemnités de chômage aux malades et appelant à elles, comme infirmiers rétribués, des personnes de bonne volonté (spécialement les maîtres d'école); 4° examen minutieux et fréquent de la population scolaire.

Le budget pour 1897 prévoit, en Prusse, une dépense de 75,000 marcs pour prophylaxie du

trachome : la commission estime que plusieurs millions de marcs seraient indispensables pour obtenir un résultat appréciable.

E. Vogt.

Des rayons de Rœntgen dans la thérapeutique oculaire. (*Philadelphia polyclinic*, 5 décembre 1896.) — Il est question dans cet article d'un cas curieux. Le Dr Stern cherchait, au moyen des rayons Rœntgen à déterminer l'emplacement d'un fragment métallique qui s'était introduit dans l'œil d'un malade. L'œil était enflammé, la vision indistincte, et la douleur très vive.

Après l'application des rayons Rœntgen tous ces accidents disparurent. L'auteur se demande si c'est une simple coïncidence ou si les rayons de Rœntgen ne sont pas doués de propriétés thérapeutiques.

A. Chassevant.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Le traitement opératoire moderne de l'hypertrophie de la prostate, par L. Flœrsheim. (*Archives générales de médecine*, n° 1, p. 79, 1897.) — A. Méthodes chirurgicales directes.

Ce sont :

1° La prostatotomie urétrale; 2° la prostatotomie périnéale ou drainage périnéal; 3° la prostatectomie périnéale médiane; 4° la prostatectomie périnéale latérale; 5° la prostatectomie sus-pubienne.

1° *La prostatotomie urétrale* imaginée par Mercier est aujourd'hui abandonnée.

2° *La prostatotomie périnéale*, ou drainage périnéal, opération de Harrison, consiste à inciser sur la ligne médiane la portion membraneuse de l'urètre, avec le secours d'un conducteur, puis à introduire le doigt dans l'urètre prostatique, à travers la plaie: le doigt servant de guide, l'obstacle est incisé avec un bistouri courbe boutonné. L'index est de nouveau introduit, dilate l'orifice créé et pénètre dans la vessie. On fait alors le drainage avec un tube double, recourbé, analogue à la canule de la trachéotomie. Le tube extérieur est fixe, appliqué contre le périnée; le tube intérieur glisse dans le précédent et se retire facilement. Ainsi fixé le drain est laissé en place un mois à un mois et demi : on ne le retire que lorsqu'une sonde peut pénétrer jusqu'à la vessie ou que l'urine sort d'elle-même par l'urètre; il est bon alors de cathétériser le malade jusqu'à ce que la plaie soit complètement cicatrisée.

Cette opération a pour but de maintenir au repos la prostate hypertrophiée et d'en favoriser la décongestion. Bien qu'elle ne soit applicable qu'aux cas d'hypertrophie du lobe moyen et qu'on ait signalé à sa suite de nombreuses récidives, elle compte à son actif un certain nombre de résultats heureux.

3° *La prostatectomie médiane* se fait par l'incision ordinaire de la taille périnéale; dans quatre cas signalés par Vignard, elle fut suivie de bons résultats.

4° *La prostatectomie périnéale ou opération de Dittel* ne s'applique qu'aux cas où les lobes latéraux sont les seuls agents de l'ischion.

5° *La prostatectomie sus-pubienne* est une opération grave pouvant entraîner la mort par suite de la perte de sang abondante qu'elle détermine.

B. Méthodes chirurgicales indirectes. — Ne s'attaquant plus à la glande elle-même, mais à des organes qui sont ou paraissent en connexion avec elle, ces méthodes agissent sur la prostate, en la décongestionnant, fort probablement grâce au repos dans lequel on place provisoirement ou pour toujours l'appareil urinaire. Elles comprennent :

1° La ponction hypogastrique; 2° la cystostomie sus-pubienne; 3° la castration; 4° la ligature de l'artère hypogastrique; 5° la ligature du cordon spermatique; 6° la ligature et la résection des canaux déférents.

1° *Ponction hypogastrique.* — Opération facile, bien qu'elle ne soit pas toujours d'une innocuité parfaite et qu'on ne soit jamais certain de ne pas piquer avec le trocart le cul-de-sac péritonéal. De plus, elle ne répond qu'à des indications limitées, et trouve son maximum d'application chez les prostatiques pris subitement de douleurs violentes, d'impossibilité de la miction, et chez lesquels le cathétérisme est impraticable. Il ne s'agit donc que d'un moyen provisoire, soulageant le malade, mais n'empêchant pas la vessie de se distendre à nouveau et la congestion de réapparaître avec ses dangers croissants.

2° *La cystostomie sus-pubienne* qui a été vivement préconisée par Poncet (1888) serait indiquée:

a) Chez tous les prostatiques infectés, avec

fièvre et symptômes généraux d'empoisonnement urinaire ;

b) Chez les prostatiques rétentionnés aseptiques, lorsque le cathétérisme est ou absolument impossible, ou particulièrement difficile (fausses routes, uréthrorragies, etc.), ou simplement très douloureux, ou enfin dangereux.

Le Pr Guyon réserve la cystostomie aux cas où la sonde a échoué, soit par le fait de l'intensité de l'infection, soit à cause des lésions pré-vésicales, et à ceux où la sonde devient nuisible (infiltration d'urine péri-rénale, frisson à chaque tentative de changement de la sonde).

On a reproché à la cystostomie la nécessité où se trouvent les malades de conserver d'une façon provisoire ou permanente une fistulisation ou une canule.

3° *Castration.* — Depuis que Ramm (de Christiania) a pratiqué, en 1893, la première castration pour hypertrophie de la prostate, cette opération a pris un essor si considérable que le nombre des cas traités de cette façon dépasse aujourd'hui le chiffre de deux cents.

Launois dès 1884 avait observé que chez tous les animaux domestiques mâles, privés de leurs testicules par la castration, la prostate subissait une atrophie considérable. Il existe effectivement entre les testicules et la prostate des rapports tels que toute altération d'un de ces organes retentit sur l'autre :

L'embryologie démontre que la prostate fait partie de l'appareil génital mâle; la tératologie (Godard) que tout arrêt de développement dont le testicule est le siège retentit sur la prostate et les vésicules séminales; enfin l'expérimentation sur les chiens (Ramm, White et Kerby, Albarran, Guyon et Legueu) a établi d'une façon indéniable que la castration est toujours suivie, à plus ou moins longue échéance, d'une atrophie de la prostate.

Le premier malade opéré par Ramm était obligé, depuis six ans, de se servir deux fois par jour, quelquefois deux à trois fois par heure, d'une sonde de Nélaton.

La nuit même qui suivit l'opération le malade put émettre spontanément 80 centimètres cubes d'urine et finalement n'eut plus besoin d'avoir recours à la sonde.

La castration peut entraîner à sa suite différents accidents, notamment des troubles mentaux (signalés également à la suite de la résection des canaux déférents), mais le principal reproche qu'elle encourt est sa gravité; la mortalité est relativement élevée (28 morts sur les 148 cas de Bruns), ce qui s'explique aisément, puisqu'il s'agit d'individus la plupart du temps âgés, souvent infectés, offrant pour le moins un défaut de résistance.

4° *La ligature de l'iliaque interne* proposée par Bier en 1893 ne peut être citée que pour mémoire.

5° *Celle des vaisseaux spermatiques* ne paraît pas donner les résultats que l'on pouvait théoriquement attendre d'elle.

6° *La ligature et la résection des canaux déférents* pratiquée pour la première fois par Harrison en 1893 a trouvé des champions qui sont Pavone (en Italie) et White (en Amérique), le Pr Guyon, Isnardi, etc.

Il est à remarquer que si une atrophie de la prostate survient consécutivement à cette opération, elle ne reconnaît pas comme intermédiaire une diminution dans les dimensions du testicule; en effet, la physiologie et les expériences faites sur les animaux montrent également l'absence d'atrophie testiculaire à la suite des interventions faites sur le canal déférent.

Un des effets les plus remarquables de la résection des canaux déférents est la réapparition de la miction volontaire; quelquefois cependant il n'en est pas ainsi et le cathétérisme est simplement plus facile. Les autres résultats obtenus sont : la diminution de la fréquence des mictions, la disparition des spasmes du col vésical et des sensations impérieuses et continues d'uriner. On note également une diminution d'intensité des douleurs vésicales et la disparition des efforts; dans quelques cas on voit que les urines ont retrouvé leurs caractères ordinaires, se sont éclaircies. Quant à la diminution de volume de la prostate, elle a été obtenue en un assez grand nombre de cas, mais elle est assez inconstante; d'ailleurs la diminution ou la disparition des troubles fonctionnels sont encore les meilleurs signes qui permettent de juger du bénéfice thérapeutique.

En somme les résultats sont, à peu de chose près, sensiblement égaux à ceux que donne la castration. On intervient sur le canal déférent par la ligature simple, par la section sous-cutanée, par la résection entre ligatures.

La ligature constitue un procédé infidèle et incertain, la section sous-cutanée expose à la blessure des éléments du cordon, de sorte que la résection entre ligatures constitue le procédé de choix :

Après cocaïnisation de la peau, on saisit le cordon en masse au niveau de sa sortie de l'anneau inguinal, on le pince de façon à énucléer en quelque sorte le canal déférent, on fait une incision cutanée de 2 à 4 centimètres qui comprend la peau, le dartos, la tunique fibreuse. Généralement, le canal déférent énucléé se présente de suite; sinon, on fait à son niveau une incision longitudinale parallèle à celle de la

peau; le canal apparu, on l'isole très soigneusement des éléments du cordon et l'on passe au-dessous de lui une sonde cannelée qui le maintient. On le dénude un peu plus, si cela est nécessaire, et on le lie, à l'aide de fils de soie moyenne, en deux points distants d'environ 4 centimètres : deux coups de ciseaux résèquent la partie intermédiaire et le pédicule rentre de lui-même. La plaie cutanée est fermée à l'aide de deux crins de Florence et recouverte d'un léger pansement collodionné. Le huitième jour les crins sont enlevés.

La castration et la résection des canaux déférents ont un maximum d'intensité, quand on se trouve en présence de prostates grosses, molles, élastiques, dans lesquelles domine l'élément congestif : les prostates dures, sclérosées ne retireront de l'opération aucun bénéfice réel. L'opération est également contre-indiquée chez les vieillards affaiblis cachectiques, chez ceux qui présentent des lésions graves du côté de la vessie ou des reins.

La résection des canaux déférents est préférable à la castration, bien qu'elle paraisse avoir une action plus lente, car elle ne nécessite pas l'anesthésie générale et ne s'accompagne de l'ablation d'aucun organe. G. Lyon.

De l'orchidopexie, par P. Sébileau. (*Gazette méd. de Paris*, n° 4, p. 37, 1897.)—Cette opération est le corollaire de la cure radicale de la hernie inguinale congénitale avec ectopie du testicule. Chez l'enfant, il faut avant tout songer à sauver celui-ci ; chez l'adulte, l'indication principale est de faire rentrer l'intestin.

L'orchidopexie comporte les divers temps opératoires suivants :

1° Mise à découvert du testicule. Longue incision cutanée obliquement étendue du fond de la poche scrotale jusqu'au droit de l'orifice profond du canal inguinal. Pincer l'artère sous-cutanée de l'abdomen. Arriver en dilacérant à la spatule le tissu cellulaire, sur le large tendon plat et brillant du muscle grand oblique et sur l'orifice que forme l'écartement de ces deux piliers. Ainsi en présence de l'anneau inguinal extérieur ou superficiel, l'opérateur introduit une sonde cannelée sous la face profonde de la paroi antérieure du canal inguinal (tendon aponévrotique du grand oblique) et l'enfonce sans crainte de plusieurs centimètres, restant parallèle à la direction du canal. Après s'être assuré que rien n'a été pris entre la sonde et la paroi, inciser celle-ci largement sur la sonde.

2° Ouvrir la vaginale sur toute l'étendue du conduit vagino-péritonéal. Observer s'il n'existe point de rétrécissement annulaire sur le trajet du canal : le fait que l'épididyme et le canal déférent aient opéré seuls leur descente, le testicule restant fixé, est sans importance. Il en est de même quant aux rapports du testicule et de l'intestin, celui-ci pouvant se trouver en avant de lui, s'engager seul dans le canal inguinal ou descendre jusque dans le scrotum.

3° Refouler l'intestin dans le ventre. Disséquer et libérer le canal vagino-péritonéal, d'abord d'avec le tissu cellulaire de la région, puis, ce qui est beaucoup plus délicat, d'avec les éléments du cordon spermatique : la séreuse tapisse quelquefois celui-ci, non seulement en avant, mais sur les côtés, de façon à l'entourer presque complètement, ce qui oblige l'opérateur à beaucoup de précaution : se servir des doigts, de la spatule, d'un tampon bien exprimé, de la pointe des ciseaux fermés. Cet isolement doit être complet et s'étendre de l'orifice profond du canal inguinal jusque près du bord du testicule.

4° Faire rentrer l'intestin et lui fermer la porte, c'est-à-dire lier le canal vagino-péritonéal tout à fait en haut, au niveau de l'orifice profond du canal inguinal et réséquer tout ce qui est au-dessus de la ligature. Au besoin, reconstituer la paroi postérieure du canal par le procédé de Bassini.

5° Attirer le testicule dans le scrotum et empêcher sa réascension. Les obstacles à la descente peuvent résulter du canal vagino-péritonéal, des connexions musculeuses du pédicule vasculaire et enfin de la brièveté du pédicule. Le premier obstacle ne compte pas si la libération a été bien faite. Les adhérences du cordon avec les fibres inférieures du petit oblique sont plus importantes, car ces fibres forment là l'ébauche d'un véritable crémaster. Contre la brièveté du cordon spermatique, il n'y a rien à faire, qu'à fixer le testicule dans la région inguinale. Mais le cas est rare, et habituellement on peut faire descendre celui-ci jusque dans le scrotum.

Effondrer le tissu cellulo-fibreux du scrotum, et y creuser le trou où on logera et fixera le testicule. Cette fixation est utile, quoi qu'en ait dit Broca, car, en réalité, c'est à la peau du pubis et non au fond du scrotum (rudimentaire de ce côté) qu'est faite la fixation, quand on ne prend pas la précaution suivante : M. Sebileau passe au travers de l'albuginée, sur le pôle inférieur du testicule, trois ou quatre fils de soie qui percent ensuite le fond de la vaginale et servent à fixer l'organe, d'une part à la cloison des bourses et d'autre part à la face profonde du derme scrotal, sur le côté opposé, le plus bas et le plus loin possible : suture perdue ne traversant pas la peau.

6° Au-dessus du testicule, appliquer une ligature autour du canal vagino-péritonéal, ou bien passer sur lui quelques points de suture perdue de façon à fermer ou à isoler la vaginale testiculaire. Réséquer alors tout ce qui reste du canal vagino-péritonéal. Suturer les téguments et panser.

R. Blondel.

Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle. (*Thèse de Lyon*, 1896.) — M. Barral publie onze observations se rapportant à ce mode de traitement remis en honneur par Vautrin, Doyen, Jaboulay et Bérard. Il convient spécialement aux cas d'hydrocèles congénitales avec ou sans hernie concomitante, d'hydrocèles à parois épaisses avec tendance à la transformation en hématocèle, enfin, aux cas de récidive après emploi d'autres méthodes. Pour les cas simples, on pourra se contenter de l'injection iodée classique.

Quant au mode opératoire, pour l'inversion de la vaginale, M. Bérard préconise la méthode de Jaboulay, dont les différents temps se résument ainsi :

1° Incision longitudinale du scrotum aussi étendue que dans la cure radicale ordinaire.

2° Décortication du feuillet fibro-vaginal et de son contenu, comme si l'on voulait pratiquer une castration.

3° Incision dans toute sa hauteur de la vaginale décortiquée, évacuation du liquide et retournement de cette enveloppe autour de la partie inférieure du cordon et de l'épididyme. Fixation dans la nouvelle position par une suture lâche et peu étendue au catgut.

4° Réintégration des organes dans la poche scrotale, sutures cutanées, à la soie ou au fil métallique. Drainage à volonté.

R. Blondel.

Cathétérisme permanent des uretères après la cystotomie. (*Il Policlinico*, n° 21, p. 540, 1896.) — M. Domenico Dasara-Cao fait ressortir les dangers d'infiltration urineuse que comporte, selon lui, toute cystotomie sus-pubienne et qui obligent trop souvent à renoncer à cette opération dont les applications thérapeutiques sont cependant si importantes. Thompson, Guyon et bien d'autres ont déjà signalé le danger et recommandé soigneusement de ne point déchirer le tissu qui unit le pubis à la partie antérieure de la vessie. Senn avait même proposé de faire l'opération en deux temps, laissant, dans une première opération, la plaie cutanée ou cellulaire bourgeonner, afin de créer sur son trajet un rempart de granulations avant d'ouvrir la paroi vésicale. Toutes ces précautions sont illusoires : on ne peut guère compter sur la cicatrisation rapide d'un tissu constamment en mouvement, puisqu'il est entraîné sans cesse par le déplacement continu de la vessie : on sait d'ailleurs que la simple ponction ou les blessures les plus légères de la vessie par cette voie, sans lacération des tissus, expose à l'infiltration de l'urine dans la cavité de Retzius et de là dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin et de la cavité abdominale : la couche de tissu bourgeonnant créée par Senn, ne réalise qu'une protection illusoire. L'idéal serait de pouvoir suturer toute l'étendue de l'incision vésicale à l'incision cutanée, la muqueuse se continuant avec l'épiderme, ce qui est impossible, car l'angle inférieur de l'incision vésicale ne peut être soulevé et ramené au niveau de la surface cutanée que dans des cas exceptionnels et non sans grave préjudice pour le fonctionnement ultérieur de l'organe. Ni la sonde à demeure, ni le double siphon de Périer et de Guyon, ni les sondages répétés, ni la suture vésicale, ne sauraient mettre à l'abri, dans tous les cas, du danger de l'infiltration de l'urine : la raison principale en est que si un bouchon de mucus ou un caillot de sang ou une incrustation calcaire vient à engorger la voie créée par l'opérateur pour l'issue de l'urine, la vessie, que son état pathologique rend tout spécialement irritable, se contracte énergiquement et expulse l'urine à travers l'incision, à moins qu'une suture très soignée n'en maintienne les bords réunis.

L'auteur a pensé remédier à tous ces dangers par l'emploi d'un instrument nouveau qu'il appelle sonde à triple courant ou triple cathéter, dont il donne une minutieuse description. Cet instrument se compose essentiellement d'une sonde métallique qui, une fois placée dans l'urèthre, se continue avec un tube de caoutchouc se divisant, presque aussitôt, en trois branches, deux latérales, plus petites, que l'on introduit dans les uretères au moyen d'une petite pince (la cystotomie étant supposée faite) et une troisième médiane, plus volumineuse, plus longue, portant une ouverture à sa base, et que l'on ramène au dehors par l'incision vésicale : cette dernière branche est destinée à servir de soupape de sûreté pour le cas où la sonde urétrale viendrait à s'obstruer. La suture de l'incision vésicale peut ainsi s'effectuer sans encombre, sans que l'urine puisse jamais entrer en contact avec la plaie. L'extraction de l'appareil doit pouvoir se faire tout entière par la voie de l'urètre, les trois tubes de caoutchouc dont la paroi est très mince pouvant passer assez facilement à travers celui-ci : la plaie vésicale très minime qui reste alors est obstruée sans la moindre difficulté. Pour le cas improbable où

la partie métallique se détacherait de la partie en caoutchouc, un lithotriteur ordinaire permettrait d'aller aisément à la recherche de celle-ci. Au cas où le cathéter urétéral viendrait à se boucher, et où l'urine, forçant l'obstacle, viendrait à se répandre dans le bas-fond de la vessie, le siphon de caoutchouc emmènerait celle-ci au dehors : le cas où les deux cathéters se trouveraient obturés à la fois est infiniment peu probable.

L'auteur, qui ne paraît pas avoir eu encore l'occasion de faire l'application de son appareil, en soumet d'abord le projet à l'approbation des spécialistes compétents et se déclare prêt à l'employer dès que les circonstances le lui permettront.

R. Blondel.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL
Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. par S. Pozzi. (*Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, n° 1, p. 3, 1897.) — Après avoir rappelé les premiers essais de conservation partielle de l'ovaire kystique dus à Schrœder (1884) et les travaux de Martin (1889), M. Pozzi examine les cas où la conservation d'une partie de l'ovaire est praticable.

S'il s'agit d'un néoplasme bénin (kyste de l'ovaire non colloïde, non papillaire, à contenu séreux, kyste dermoïde) chez une femme jeune, il faut tenter la conservation du second ovaire, même en partie dégénéré.

Si la tumeur est d'une bénignité douteuse (kyste prolifère à contenu colloïde et gélatineux, kyste à poches multiples), si le néoplasme ovarien est franchement malin, il faut enlever les deux ovaires, même dans le cas où le second paraît sain.

En cas d'ovarite chronique, la question demande réflexion. On ne peut songer à conserver l'ovaire que si la trompe correspondante est à peu près saine. La création d'une ouverture artificielle sur la trompe, en pareil cas, est peu justifiable, car une trompe dont le pavillon a disparu est généralement obturée également du côté de la corne utérine et a perdu son épithélium vibratile. Ces opérations conservatrices sur la trompe n'ont donné qu'un très petit nombre de grossesses, tout en comportant une gravité opératoire qui n'est pas négligeable (Martin 5 0/0, Zweifel 16 0/0) : la péritonite peut, en effet, résulter de la mise en communication d'une trompe infectée avec la cavité abdominale.

M. Pozzi réserve les résections de l'ovaire aux cas où la lésion est surtout constituée par une dégénérescence kystique des follicules de Graef, plus ou moins accompagnée de sclérose : gros kyste folliculaire, kyste du corps jaune, ovarite sclero-kystique proprement dite.

S'il s'agit d'une lésion relativement volumineuse, le résection au bistouri ou au ciseau s'impose.

Si l'on se trouve en présence d'une dégénérescence micro-kystique avec follicules de la grosseur d'un grain de millet ou d'un pois, on ne peut songer à l'extirpation individuelle de chacun des petits kystes : il faut réséquer l'ovaire ou détruire les kystes avec la pointe du thermo-cautère ou combiner les deux procédés.

Le thermo-cautère permet de détruire la paroi du kyste, agit favorablement comme résolutif sur les inflammations chroniques, et stérilise les surfaces de section qui, abandonnées dans le péritoine, ne risquent pas de créer d'adhérences. Loin de provoquer la sclérose, il donne une escarre résorbable sans travail inflammatoire ni production de tissu inodulaire : le fer rouge favorise même la résorption des masses sclérosées. Il est souvent utile de combiner l'ignipuncture à la salpingorrhaphie qui consiste à fixer le pavillon de la trompe à l'aide de points de suture sur le moignon de l'ovaire.

Pour la résection, on enlève la partie malade, le plus souvent sous forme de segment cunéiforme ; on touche au thermo les petits kystes mis à nu : l'hémostase est faite en promenant le thermo sur les deux tranches de section, que l'on rapproche ensuite au moyen d'une suture au catgut.

Cette opération donne de meilleurs résultats dans les inflammations chroniques que la castration bilatérale. Les troubles post-opératoires de l'ovariotomie n'existent pas ici.

M. Pozzi a pratiqué dans 62 cas la résection ou l'ignipuncture. Dans 8 cas, les douleurs ont persisté et il a fallu pratiquer une opération radicale. 10 malades ont été perdues de vue et 4 ont été opérées trop récemment pour que leur amélioration soit suffisamment probante. Sur les 48 opérées revues, 33 ont été guéries entièrement ou très améliorées, 7 n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération. 12 sont devenues enceintes, dont une deux fois.

R. Blondel.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. (*Académie de médecine*, 12 février 1897.) — MM. Pinard et Segond présentent une naine rachitique, haute de 1m,15, primipare, atteinte d'un raccourcissement de 10

centimètres du membre inférieur gauche et d'une cypho-scoliose considérable. De là des raisons multiples pour que son bassin n'existât pour ainsi dire pas, à la fois rétréci et asymétrique. Evidemment, aucune pelvitomie ne pouvait donner un passage suffisant et dès lors il fallait pratiquer l'opération césarienne. Mais ici se pose une question : l'embryotomie sur l'enfant vivant est encore admise presque sans conteste sur les femmes ayant subi des manœuvres antérieures et déjà infectées. Alors, en effet, l'opération de Porro devient très grave, mais cela changerait si l'on pouvait, comme les chirurgiens le font depuis quelque temps avec succès, pour les fibromes, par exemple, pratiquer, après la césarienne, l'hystérectomie abdominale totale. C'est ce que M. Pinard résolut de réaliser; il commença par extraire un fœtus de 3,600 grammes, puis M. Segond termina par l'ablation de l'utérus par la méthode américaine. L'opération a duré en tout une heure; les suites ont été des plus simples et la femme allaite son enfant depuis le lendemain de l'intervention. Depuis ce beau succès, M. Pinard, auparavant partisan du Porro, devient partisan de l'intervention nouvelle, surtout parce qu'elle permet de sauver l'enfant, même lorsque l'utérus est préalablement infecté, et l'embryotomie sur l'enfant vivant perd ainsi son dernier refuge.

R. Blondel.

Traitement des suppurations pelviennes aiguës. (*Semaine gynécologique*, n° 1, 1897.) — MM. Duplay et Clado ont eu surtout en vue le traitement des suppurations pelviennes aiguës : 1° annexites bilatérales ; 2° pelvi-cellulites ou pelvi-péritonites suppurées avec annexes impropres à la fécondation.

Les auteurs estiment que l'incision vaginale ne donne que des résultats provisoires et que la temporisation ne présente que des dangers. Ils donnent la préférence, même dans les cas fébriles et aigus, à l'hystérectomie vaginale, dont ils décrivent le manuel opératoire :

1° Incision circulaire des culs-de-sac autour du col;

2° Décollement du cul-de-sac postérieur dans une petite étendue, jusqu'à la collection purulente exclusivement. Décollement complet en avant jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin qui est effondré séance tenante;

3° Après pincement des artères utérines, résection du col utérin aussi haut que possible;

4° Section médiane de l'utérus et sa fragmentation pratiquée avec des ciseaux, successivement à droite et à gauche, y compris celle de la base de l'organe;

5° Tamponnement de la cavité abdominale;

6° Extirpation des annexes ou bien ouverture des cavités purulentes si l'on ne peut les extirper en entier.

R. Blondel.

Le décubitus acutus comme complication de l'hystérectomie vaginale. (*Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, n° 1, p. 59. 1897.) — P. Segond étudie cette complication signalée par Terrier et Hartmann en 1892, dans 3 cas sur 36 hystérectomies vaginales pour cancer. M. Segond la regarde comme très rare. En raison de sa précocité (cinq jours) il lui refuse toute origine infectieuse et toute relation avec le mode opératoire (durée de l'opération, décubitus dorsal prolongé, etc.). Pour lui, ce sont des troubles trophiques dus à l'irritation des filets nerveux meurtris par les pinces, irritation qui se propage le long des nerfs du bassin : il croit aussi à la prédisposition de certaines femmes à ces troubles, les phlegmasies péri utérines provoquant dans les nerfs de voisinage des lésions que le traumatisme vient faire éclater.

R. Blondel.

L'éther iodoformé dans le traitement des métrites catarrhales. (*Soc. obstétr. et gyn.*, février 1897.) — M. Doléris recommande les attouchements de la cavité cervicale avec un bourdonnet d'ouate trempé dans l'éther iodoformé. L'éther fait contracter énergiquement la musculature du col et vider d'un seul coup les glandes de leur mucus infecté ; l'iodoforme laissé sur la muqueuse empêche la réinoculation et réalise l'antisepsie du milieu. Ce procédé, très simple, a permis à l'auteur de guérir en quelques séances des catarrhes rebelles, la persistance de l'écoulement étant due généralement à la presque impossibilité d'amener d'une complète l'évacuation du contenu glandulaire.

R. Blondel.

Traitement palliatif du cancer, du col utérin et de la vessie chez la femme. (*Journ. of the Amer. Assoc.*, 16 janvier 1897.) — M. G. Bozeman a en vue les lésions inopérables et les récidives post-opératoires. Les hémorragies qui se produisent à l'occasion d'un examen médical sont arrêtées en touchant les fongosités avec une solution de sulfate de fer ou le thermo-cautère chauffé au rouge sombre. On termine par un tamponnement vaginal. La position genu-pectorale est recommandée par l'auteur pour ne pas blesser avec l'extrémité de la valve les lésions bourgeonnantes qui saignent si facilement.

Il y a utilité à dilater l'anneau fibreux qui provoque si souvent la constriction du vagin

dans les néoplasies étendues : on y parvient au moyen de dilatateurs vaginaux en caoutchouc, de calibre approprié, laissés en place plusieurs heures chaque jour et alternant (car la méthode est douloureuse) avec la columnisation du vagin.

L'auteur préconise le tamponnement avec la gaze à l'aristol, qu'il laisse en place pendant deux jours. Ce procédé maintient la surface néoplasique suffisamment propre et empêche l'hémorragie. Bien entendu il n'arrête en rien l'extension des lésions.

Le ténesme vésical et la miction fréquente annoncent la propagation à la vessie. L'ouverture d'une fistule vésico-vaginale par ulcération du plafond du vagin amène un certain soulagement. On pratiquera trois fois par jour l'irrigation continue du vagin et de la vessie, pour entraîner l'urine. L'auteur décrit un irrigateur qui permet ce lavage avec une certaine économie du liquide et une grande régularité.

R. Blondel.

Traitement de la rétroversion par la vaginofixation. (*Wratsch*, n° 2, 1897.) — Cholmogoroff cite un cas où il a eu recours à la vaginofixation; le résultat obtenu fut des plus favorables. Il estime que ce procédé est le meilleur de tous les autres préconisés dans la rétroversion, car il permet d'obtenir une mobilité de l'utérus presque normale tout en l'empêchant de s'abaisser.

B. Taft.

Le procédé de Th. Brandt dans le traitement des affections génitales de la femme. (*Journal d'accouchements russe*, n° 10, 1896.) — Le travail que consacre Schambraieff à ce sujet est très complet. Le nombre total des malades qu'il a soumises à cette méthode de traitement, est considérable (300). Et parmi les affections dont les malades étaient atteintes, on peut noter celles qui se rencontrent le plus fréquemment et pour lesquelles on a proposé toute espèce de traitement.

Ainsi, les métrites et les endométrites chroniques y figurent au nombre de 107; le vaginisme au nombre de 12; nombre égal de cas de subinvolution utérine. Notons encore des cas de péri et paramétrite (16), résidus para-métritiques (93), de rétroflexion et rétroversion (100), etc. On voit donc, comme je l'ai dit plus haut, qu'étant donné d'un côté le nombre très considérable des malades, de l'autre la variété assez grande des affections, l'auteur a pu formuler des conclusions dont la valeur ne saurait être méconnue.

Ces conclusions, les voici :

1° Il faut considérer le traitement des affections génitales de la femme par la méthode de Thure Brand comme un procédé particulier de thérapeutique gynécologique.

2° Le massage d'après la méthode de T. Brandt est, à l'heure actuelle, le seul moyen thérapeutique (excepté l'intervention chirurgicale) pour faire disparaître les résidus cicatriciels du processus inflammatoire localisés dans le péritoine et le tissu cellulaire du petit bassin; c'est, par conséquent, un moyen thérapeutique puissant pour remédier aux positions pathologiques de l'utérus et des ovaires, positions qui sont déterminées par les produits cicatriciels.

3° Dans toutes les affections génitales de la femme où le massage d'après la méthode de Thure Brandt donne des résultats favorables (péri et para-métrite chronique, résidus para-métritiques post-puerpéraux, vaginisme, subinvolution utérine, métrites) on peut avoir recours simultanément à d'autres moyens de traitement qui seront en quelque sorte des adjuvants.

4° Le médecin qui veut pratiquer le massage doit avoir une connaissance approfondie de la pathologie gynécologique.

5° Le massage doit être considéré comme contre-indiqué dans toutes les formes infectieuses simplement aiguës ou suppurées; il est également contre-indiqué chez les malades qui ont une excitabilité nerveuse tout à fait particulière et qui réagissent par trop à l'égard des irritations mécaniques.

B. Taft.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN
Ex-interne des hôpitaux,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

La trachéotomie et le tubage dans la rougeole, par Josias. (*Méd. mod.*, 3 mars 1897.) — Dans la rougeole, le médecin peut se trouver aux prises avec des accidents laryngés, diphtériques ou non, précoces ou tardifs, coïncidant le plus souvent avec l'éruption elle-même (laryngite striduleuse, œdème de la glotte, diphtérie); ces accidents peuvent être tels qu'ils nécessitent une intervention immédiate, tubage ou trachéotomie, sinon les enfants sont menacés de succomber à une asphyxie progressive. Quelle que soit la nature de l'obstruction glottique, la conduite à suivre reste invariable; la trachéotomie doit toujours être préférée au tubage.

En 1896 tous les enfants atteints de la rougeole et ayant subi le tubage dans le service de M. Netter ont succombé (100 0/0 de mortalité); tandis que les enfants trachéotomisés dans le même service ont guéri dans la proportion de 50 0/0.

Depuis le 1er janvier 1897, M. Josias pratiqua 5 fois la trachéotomie dans ces conditions et eut 3 guérisons et 2 morts; aussi se basant sur les résultats obtenus par M. Netter et sur ceux qu'il a obtenus lui-même, conclue-t-il en disant que lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant atteint de la rougeole et d'une complication laryngée, diphtérique ou non, nécessitant une intervention immédiate, il invite à recourir à la trachéotomie. Donc la trachéotomie toujours, le tubage jamais. E. THIERCELIN.

Le salol dans les angines aiguës chez les enfants, par CARON DE LA CARRIÈRE. (*Journal des Praticiens*, n° 49, p. 772, 1896.) — Depuis que Coupart et Gouguenheim l'ont préconisé en 1889, le salol a fait souvent l'objet d'observations relatives à son emploi interne dans les angines aiguës.

Ses propriétés sont celles d'un antiseptique et analgésique général avec action élective sur le pharynx. Il calme presque immédiatement la douleur et la dysphagie, amène une détente rapide dans les signes physiques, empêche la formation d'un abcès et raccourcit toujours la durée de la maladie, d'autant plus qu'il est administré plus près du début.

La dose pour un adulte est de 4 grammes par vingt-quatre heures.

Pour les enfants, le dosage est facile, car le médicament est toujours bien supporté, le mauvais état des reins, qui est la seule contre-indication, étant exceptionnel chez eux :

A 1 an.....	50 centigr.
A 2 ans.....	1 gramme.
A 3 ans.....	1 gr. 50
A 4 ans.....	2 grammes.
A 8 ans.....	3 —

3 grammes suffisent jusqu'à 15 ans.

Insoluble dans l'eau et la glycérine, le salol n'est soluble que dans l'alcool, à raison de vingt-cinq fois son poids d'alcool absolu. Soluble à chaud dans l'huile (surtout l'huile d'amandes douces), il se précipite ensuite à froid en grande partie.

On peut formuler ainsi :

Salol.....		2 grammes.
Huile d'amandes douces..	àà	4 —
Gomme arabique.....		
Sirop simple.....		30 —
Eau distillée. Q. s. pour faire		90 —

Menthe ou fleur d'oranger ou vanille ou eau de laurier-cerise pour aromatiser.

Pour formuler une préparation qui se fasse bien, mettre deux fois plus d'huile et de gomme que de salol.

Faire dissoudre le salol dans l'huile à une douce chaleur, verser la solution sur la gomme en poudre; mélanger au mortier, puis ajouter le sirop peu à peu en battant ferme pour développer le mucilage et émulsionner; on termine en ajoutant l'eau lentement et battant toujours.

Le médicament est donné à doses fractionnées : diviser la dose quotidienne en trois prises également réparties dans le courant de la journée.

Il est préférable de donner le salol en potion plutôt qu'en cachets, chez les enfants qui peuvent avaler ces derniers.

Un bon moyen également est d'incorporer le salol dans des pastilles de chocolat (10 centigrammes dans chaque pastille). C'est surtout comme préventif, chez ceux prédisposés aux angines, par suite d'hypertrophie amygdalienne, de pharyngiste granuleuse, que l'usage de ces pastilles est à recommander.

G. LYON.

Traitement des vulvo-vaginites des petites filles, par MARFAN. (*Rev. malad. de l'enfance*, mars 1897.) — On fera chaque jour jusqu'à guérison complète en le prolongeant quelques jours après la guérison, un lavage vulvaire et une injection vaginale avec une solution de permanganate de potasse au 1/1000.

Dans la plupart des cas, ce traitement aboutit à la guérison en trois semaines environ.

Dans les formes rebelles, correspondant le plus souvent à des vulvites très anciennes, après avoir constaté l'inefficacité du permanganate de potasse, on essayera des lavages avec une solution de sublimé à 1/10000 ou de résorcine à 1/100; ou de nitrate d'argent à 1/3000; si on ne réussit pas, on mettra dans le vagin des bougies à l'iodoforme, et on appliquera sur la vulve une pommade antiseptique, soit à l'iodoforme à 1/30, soit à l'ichtyol au 1/30, soit au précipité rouge au 1/100.

Certaines complications réclament un traitement spécial.

Les hémorragies qui se produisent par l'orifice externe de l'urètre enflammé cèdent à la cautérisation des bongosités avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 répétées trois ou quatre jours.

Contre la péritonite, on devra dans certains cas pratiquer la laparotomie, mais les faits sont

encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en déterminer les indications.

Quant au rhumatisme blennorrhagique il sera traité par le salicylate de soude, le salophène, l'antipyrine qui soulagent la douleur et diminuent la fluxion articulaire, et l'articulation atteinte sera immobilisée; si l'enfant ne tolère pas le traitement intérieur on recouvrira celle-ci d'une pommade à l'acide salicylique :

Axonge.....	àà	50 grammes.
Lanoline.....		
Térébenthine.....	àà	10 —
Acide salicylique.....		

Si l'épanchement est abondant et persistant on pratiquera une ponction; mais si le liquide est purulent et qu'il ne s'est pas résorbé après une première évacuation, il faudra pratiquer l'arthrotomie avec lavage et drainage.

Pendant la convalescence on traitera les raideurs articulaires par la mobilisation, le massage, les douches, les bains sulfureux, et les atrophies musculaires par l'électrisation.

E. THIERCELIN.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Le lycétol ou tartrate de diméthylpipérazine. (*Belgique médicale*, 28 janvier 1897.) — DE TOLLENAÈRE a soumis le lycétol à une expérimentation minutieuse : il lui reconnaît une action très nette sur toutes les manifestations de la diathèse urique; cette action est due à la pipérazine que contient la substance. Le lycétol présente sur cette dernière l'avantage de ne pas être hygroscopique et de ne pas avoir mauvais goût. L'acide tartrique qui entre dans la formule du lycétol se transforme en carbonate dans l'économie : on sait que les carbonates présentent une action diurétique marquée.

Les formes chroniques du rhumatisme sont aussi justiciables de cette médication qui n'offre du reste aucun inconvénient. Le produit se prête facilement à l'administration sous forme de poudre effervescente, dont l'action est plus efficace encore que celle du sel en nature.

E. VOGT.

De l'emploi thérapeutique des bains locaux d'air sec chaud. (*La Presse médicale*, 26 décembre 1896.) — Nous avons déjà parlé (voir *Revue*, p. 721, 1896) de l'appareil Tallerman-Sheffield, qui fait le sujet du travail de CHRÉTIEN; l'appareil consistant en un cylindre métallique dans lequel on obtient, au moyen d'une rampe à gaz de la chaleur sèche, est destiné à recevoir le membre atteint de rhumatisme, goutte, sciatique, etc. On peut atteindre une chaleur de 120°, même 150°, sans que le membre, que la transpiration vaporisée entoure comme d'un manchon protecteur, subisse de modifications pathologiques.

Les résultats obtenus à Paris (services de MM. Landouzy, Déjerine et Oulmont) ont confirmé ceux qu'on a recueillis en Angleterre. On observe, au cours de l'emploi de l'appareil, les phénomènes suivants : 1° diaphorèse plus ou moins abondante, généralisée à toute la surface du corps; 2° rougeur très marquée, par vasodilatation, du membre traité; 3° diminution et disparition rapide des douleurs; 4° retour des mouvements si l'impotence et due à la douleur; 5° accélération du pouls; 6° élévation légère et momentanée de la température centrale.

Il n'y a pas de contre-indications, même s'il existe des affections cardiaques ou pulmonaires: la bronchite serait même assez favorablement influencée en cours de traitement, lorsque le malade en est atteint en dehors de la maladie pour laquelle on utilise l'appareil.

Les urines, soigneusement examinées par l'auteur, n'ont jamais présenté de modifications.

Les affections principales justiciables du traitement sont : toutes les affections douloureuses des membres, quelle que soit leur cause. Dans le rhumatisme déformant, on fait disparaître la douleur et on peut profiter de cette accalmie pour rompre des adhérences et libérer les articulations condamnées jusqu'ici à l'ankylose irrémédiable.

Peut-être les tuberculoses locales seront-elles aussi modifiées par ce traitement.

Les entorses sont très favorablement influencées : il en est parait-il de même, comme nous le faisions prévoir dans notre première analyse, des ulcères atones présentant une mauvaise nutrition des tissus sous-jacents.

E. VOGT.

Nouvelle méthode pour l'obtention d'eau potable stérilisée. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 mars 1897.) — Le Dr SCHIMBURG a pu reconnaître que toutes les méthodes de stérilisation de l'eau potable pèchent soit par la lenteur, soit par la difficulté d'obtenir un produit agréable au goût ou dans lequel on ait pu faire entièrement disparaître ou masquer le réactif chimique ayant servi à la stérilisation.

Le procédé de l'auteur permet d'obtenir en cinq minutes une eau potable dans laquelle

presque tous les microbes banaux et toutes les bactéries pathogènes ont été détruits. Dans ce but, on utilise la solution suivante : brome, vingt parties; bromure de potassium, vingt parties; eau, cent parties. 20 centimètres cubes de ce mélange suffiront pour un litre d'eau : si les eaux sont très troubles ou très séléniteuses, on ajoutera de la solution bromée jusqu'à obtention d'une coloration légèrement jaunâtre, qui devra persister au moins trente secondes.

Au bout de cinq minutes, on ajoute de l'ammoniaque pour neutraliser le brome : l'on obtient une eau claire et ne présentant aucun mauvais goût. La liqueur ammoniacale doit être, comme la liqueur bromée, exactement dosée : l'auteur ne donne pas les proportions de ce dosage, et fait préparer par un pharmacien des flacons séparés avec indication des doses à employer. Il sera facile de reprendre ces expériences et de permettre au grand public, si la méthode est vraiment efficace, d'utiliser ce procédé au moyen de quelques indications plus précises.

E. Vogt.

De l'action de la convallamarine sur la narcose chloroformique. (*Medicinskoïe Obosrenïe*, n° 24, 1896.) — Lewenberg a fait à ce sujet des expériences sur des chiens qui l'amènent à formuler les conclusions suivantes :

1° L'introduction simultanée d'une dose pharmacologique de convallamarine (de 0,0005 à 0,0008 par kilogramme) s'oppose à l'arrêt de la respiration et à l'affaiblissement de l'activité cardiaque. Ces deux accidents résultent comme on sait de l'action déprimante qu'exerce le chloroforme sur le système nerveux.

2° Les doses toxiques de convallamarine (0,001-0,0012 par kilogramme) déterminent la paralysie cardiaque.

3° La paralysie cardiaque dans la narcose chloroformique résulte de ce que le chloroforme frappe les éléments moteurs du cœur.

4° La mort dans la narcose chloroformique est déterminée probablement par l'affaiblissement de l'activité cardiaque bien que cet affaiblissement soit précédé par l'arrêt de la respiration.

B. Taft.

FORMULAIRE

Pommade contre les pustules acnéiques volumineuses.

Sous-nitrate de bismuth.		
Précipité blanc.....	ââ	2 grammes.
Ichtyol.....		
Vaseline.....		20 —

Appliquer le soir. Mêlez. Usage externe.

(Von Hebra et Ullmann.)

Contre le sycosis.

Huile grise.....		20 grammes.
Oxyde de zinc.....	ââ	7 —
Amidon.....		
Vaseline.....		14 —
Ichtyol.....		1 —
Acide salicylique.....		1 gr. 20

Usage externe.

(Brocq.)

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Examen des médecins sanitaires maritimes. — Le syndicat professionnel des médecins de Marseille estime avec juste raison que ce décret restreint le droit que possède tout docteur en médecine d'exercer sur tout le territoire français, en obligeant celui qui en est pourvu à subir un autre examen pour remplir la fonction de médecin sanitaire maritime, comme si le territoire n'était pas un, qu'il s'agisse de la métropole, d'une colonie ou d'un navire.

Dans un but de protection hygiénique, le Ministre de l'intérieur va plus loin encore : non seulement il oblige les docteurs en médecine à subir de nouvelles épreuves pour avoir le droit de faire des ordonnances sur un paquebot, mais encore il transforme le médecin en un agent informateur qui est tenu de fournir un rapport périodique sur le service du bateau. Et nos confrères se demandent à ce propos ce que deviendra à l'avenir le service sanitaire des bateaux français, si mal assuré aujourd'hui, où très souvent le poste de médecin est confié à un simple étudiant en médecine.

Pour ces raisons, et pour d'autres encore, le syndicat professionnel des médecins de Marseille a émis le vœu que « tous les docteurs en méde-

cine français n'ayant pas subi de condamnation, diplômés avant le décret du 4 janvier 1896, ne seront pas tenus de passer un examen pour obtenir le titre de médecin sanitaire maritime; ce titre leur sera accordé sur simple demande faite au service de la Santé ».

Une application judiciaire des rayons X. — Dans une affaire sur laquelle il vient d'être statué par la deuxième chambre du tribunal civil de Marseille, il a été fait une application intéressante des rayons X dans les circonstances suivantes :

Au mois de mai dernier, M. C... était blessé assez grièvement par un cheval conduit par un charretier au service d'un courtier maritime de la ville. Le charretier, poursuivi devant le tribunal correctionnel sous l'inculpation de blessures par imprudence, fut condamné à 25 francs d'amende et son patron déclaré civilement responsable.

La blessure de M. C... parut d'abord peu grave ; c'était une fracture de la clavicule au niveau du tiers externe. Malheureusement, la clavicule fracturée se ressouda dans le sens antéro-postérieur, au lieu de se souder dans le sens vertical, ce qui a amené, malgré la guérison, une fragilité extraordinaire de l'os pour l'avenir.

M. C... demandait au courtier maritime 5,000 francs de dommages-intérêts.

Pour démontrer la véracité de ses indications pathologiques, Me Vallier, son avocat, ne s'est pas contenté de fournir au tribunal un certificat du Dr Flavart énonçant la particularité ci-dessus et motivant sa demande de dommages-intérêts; il a produit à l'appui de ses assertions une photographie du thorax de son client obtenue à l'aide des rayons Rœntgen et au moyen de laquelle les juges ont pu se rendre compte *de visu* des conséquences de l'accident.

Cette expérience a été concluante, et la deuxième chambre a accordé à M. C... 1,500 fr. de dommages-intérêts.

Congrès de Moscou : Programme de la section de chirurgie. — 1. Traitement des plaies septiques, rapporteur : M. E. Braats (Kœnigsberg).

2. Traitement non opératoire des néoplasmes, notamment par la sérumthérapie.

3. Chirurgie cérébrale dans les tumeurs du cerveau et l'épilepsie jacksonnienne, rapporteur : M. Bergmann (Berlin).

4. Chirurgie du poumon, notamment dans les cavernes pulmonaires, rapporteur : M. Tuffier (Paris).

5. Traitement des rétrécissements de l'œsophage et du rectum : résultats obtenus à la suite des divers modes d'intervention ; rapporteur : M. Czerny (Heidelberg).

6. Arthrites blennorragiques et syphilitiques; rapporteur : M. Ollier (Lyon).

7. De la prothèse du membre inférieur (suites d'arthrites, de paralysies, luxation congénitale de la hanche, d'amputation); rapporteur : M. Dollinger (Buda-Pest).

Le Comité prie MM. les chirurgiens qui désireraient faire une communication sur l'un quelconque des points de ce programme, de vouloir bien lui adresser soit la communication *in extenso*, soit tout au moins un résumé, pour qu'il puisse être publié et envoyé aux membres du Congrès.

Adresses des organisateurs de la section de chirurgie :

M. A.-A. Bobrov, Povarskaïa, maison Pastelnikoff. Moscou.

M. L.-L. Levchine, Volkhonka, maison Mikaïloff. Moscou.

M. Th. I. Sinitsine, Volkhonka, maison Voïekov. Moscou.

Le Dr Contejean. — Un jeune médecin, le Dr Contejean, connu déjà par des travaux de chimie biologique remarquables, vient de mourir à l'âge de 32 ans dans des conditions bien tristes. Souffrant de douleurs gastriques, il se leva pendant la nuit et prit un paquet de bicarbonate de soude qu'il fit fondre dans un verre d'eau et qu'il avala d'un trait : mais il s'était trompé, et la poudre blanche qu'il avait prise pour du bicarbonate de soude était du sublimé corrosif : il est mort au bout de cinq jours d'atroces souffrances.

Etudes et tabac. — L'Université de Boston vient, paraît-il, de décider qu'elle rayerait de ses registres tous les étudiants qui ne renonceront pas à fumer du tabac. Cette décision est basée sur une stastique établie par un médecin d'une Université voisine.

Cette statistique portait sur 147 étudiants dont 77 non fumeurs et 70 fumeurs.

Les premiers avaient acquis un développement supérieur à celui des seconds de 10 0/0 pour le poids, de 24 0/0 pour la taille, de 26,5 0/0 pour le développement thoracique, de 74,5 0/0 pour la capacité pulmonaire, et leur supériorité intellectuelle avait été encore plus marquée.

PETITE CHRONIQUE

Il y a quelquefois du plaisir avec l'hygiène, quoiqu'en dise la chanson, et ce m'est toujours une douce joie quand je puis, de la coulisse, assister à la perpétration d'un de ces beaux règlements en la matière, qui constituent aujourd'hui le « genre éminemment français », à bien plus juste titre que l'Opéra-Comique qui décidément s'en va.

La raison en est bien simple. Toute réglementation hygiénique vient, par définition même, modifier un état de choses préexistant, plein de charmes pour certains, quand il ne constitue pas le gagne-pain de plusieurs. Edicter quelques sacrifices particuliers dans l'intérêt de tous, c'est bientôt dit; mais avec les mœurs politiques dont nous jouissons, à l'envi de tout le monde, paraît-il, cela ne se passe pas sans cris. D'autre part, les principes scientifiques nouveaux sur lesquels s'appuient les hygiénistes modernes, ne représentent jamais que l'opinion de majorités, au sein des commissions, et bien rarement elles ont pour elle l'unanimité absolue des spécialistes. Il en résulte que les crieurs trouvent souvent des alliés dans le camp ennemi lui-même : pour peu que des intérêts électoraux soient en jeu, le spectacle devient absolument réjouissant pour qui sait lire entre les lignes des communications officielles. Ah! elle a bon dos, la bonne déesse Hygiœa, et, comme l'a dit Mme Roland de la liberté, — que de... bêtises on commet en son nom! car je recule encore devant le mot historique.

Or, s'il est avec le ciel des accommodements, c'est bien avec celui où dorment feu Fauvel et feu Durand-Claye.

Ce qui vient de se passer à Marseille n'est-il pas du plus haut comique? La peste est signalée : après tout, l'affolement est bien permis en pareille circonstance dans un pays qui a vu le fléau à l'œuvre, comme l'on sait, et puis n'oublions pas que nous sommes à Marseille. Donc, levée formidable de boucliers, la Cannebière se soulève : les députés et le conseil municipal demandent des règlements nouveaux pour fermer leur port. On leur en donne. Cela ne leur suffit pas, et ils découvrent dans la loi de 1822, non abrogée, un article qui permet au maire de « prendre telle mesure qui lui paraîtra utile dans l'intérêt de la santé publique », c'est-à-dire lui donne carte blanche. Et ils en usent en Marseillais, c'est-à-dire pas à demi. Interdiction à tout navire revenant de l'Inde de débarquer; émeute sur le port et refus des débardeurs d'effectuer le déchargement des marchandises. Les lettres elles-mêmes seront passées à l'étuve, etc., etc.

C'est parfait. Une semaine se passe. Comme il faut bien cependant que les passagers débarquent quelque part, ils s'en vont à Bordeaux, où l'on se contente d'une quarantaine et d'une surveillance. Les bonnes gens de Marseille commencent à s'apercevoir que le transit du port diminue et que le trafic des voisins n'y perd rien. Ils demandent tranquillement que les mêmes mesures de rigueur soient appliquées à tous les ports français afin que le commerce de Marseille ne soit pas seul à souffrir : on leur fait cependant remarquer que le détour par le détroit de Gibraltar prolonge la période d'observation d'une durée suffisante pour permettre à la peste de se déclarer si elle est à bord. Mais voilà qui est plus grave. On apprend que les navires de l'Inde ont trouvé beaucoup plus simple de débarquer à Gênes, où l'on se garde bien de faire tant d'histoires, à Gênes, la rivale, d'où, par chemin de fer, passagers et marchandises arrivent à Marseille sans aucune difficulté.

Et voici où le spectacle commence. Subitement les Marseillais s'aperçoivent qu'on a beaucoup exagéré les dangers de la peste. Après tout, ce bacille, il n'est pas si terrible. Avec un peu d'acide phénique, il tourne de l'œil dans les cinq minutes : c'est M. Roux qui l'a dit. Et puis est-ce que Marseille n'a pas tout ce qu'il faut pour éteindre le foyer dès sa naissance? La commission d'assainissement, le conseil d'hygiène, les étuves ne sont-elles pas là! Eh bien, on le recevra, ce bacille! Mais qu'il vienne donc un peu, et on lui fera son affaire! *Dico li qué vengué, moun bon!* La quarantaine? Mais cela ne sert à rien! Le Dr Cantlie, qui a vu la peste aux Indes, dit qu'elle peut incuber pendant trois et quatre

semaines! Le remède, c'est de désinfecter dès que la peste se montre et elle ne va pas plus loin. Mais c'est-à-dire qu'avec son organisation sanitaire, c'est à Marseille qu'il faut envoyer tous les navires de l'Inde, car il n'y a que là que le fléau sera efficacement combattu s'il s'y développe, etc...

Au fond, j'ai tort de plaisanter avec les Marseillais, car leur cas n'a rien qui leur soit particulier. Aux portes de Paris, la même petite comédie se joue en ce moment sur un tout autre terrain, mais le sujet de la pièce est le même.

Avez-vous suivi les discussions qui viennent, à l'Académie, de remplir trois bonnes séances, et qui ont eu pour objet d'élaborer pour le ministre — qui le demandait — un rapport sur les conditions d'hygiène des fabriques d'allumettes? Distraitement peut-être, et puis, vous n'avez probablement pas songé au-dessous des cartes.

Eh bien, oyez! C'est toujours la vieille querelle du phosphore rouge et du phosphore blanc. Ce dernier, le plus connu, le plus répandu, a produit, on le sait, de graves accidents chez les ouvriers : l'opinion publique s'en est émue; la presse s'en est mêlée, comme de toutes choses, et tous, ouvriers et journalistes, ont demandé la suppression du phosphore blanc et son remplacement par le rouge. Vainement on a fait observer qu'avec quelques précautions on pouvait prévenir les accidents, qu'à la fabrique d'Aix, qu'à celle d'Alger où depuis douze ans une bonne ventilation des ateliers, une surveillance de la bouche des ouvriers sont pratiquées, on ignorait la nécrose phosphorée. C'est alors qu'on adopta la machine américaine permettant la fabrication des allumettes sous des cages de verre sans que les vapeurs du phosphore puissent arriver au contact des travailleurs. Cette fois il n'y avait plus rien à dire.

Mais ceci ne fit point l'affaire des ouvriers, car la machine allait faire réaliser des économies de main-d'œuvre, et les économies, chez nous, c'est bon à faire sur les crédits des laboratoires, mais sur la paye de bons bougres qui votent si bien, ce serait pour les gouvernements une simple forme du suicide. La machine a donc été reléguée, et on a promis aux ouvriers le phosphore rouge.

Seulement il y a une petite difficulté. Le phosphore rouge comporte une fabrication plus compliquée : il faut confectionner non seulement l'allumette mais son frotteur; de plus, le bois de cette allumette, qui sera imprégné de paraffine, doit être choisi plus poreux, donc plus fragile, et Dieu sait s'il se brise facilement! Enfin, le chlorate de potasse et autres ingrédients de l'allumette amorphe sont des explosifs d'un maniement délicat quand ils se font en grand. C'était en un mot toute une transformation de l'outillage, des frais considérables, et il fallait de l'argent. La Chambre aurait peut-être fait la sourde oreille; en tout cas, les députés auraient été en mauvaise posture, entre les électeurs d'une part et le manque de ressources de l'autre. Comment faire! Voilà où l'hygiène officielle intervint et d'une façon bien simple. On commanda à l'Académie un rapport sur la nécessité de l'adoption du phosphore rouge, et dès lors, ce rapport en main, comment voulez-vous que la Chambre refuse les crédits?

A l'Académie, la ficelle était connue et cela n'a pas été tout seul : comme dit l'autre, cela n'a pas *pris*, ce qui prouve qu'il n'y a pas qu'aux allumettes que cela arrive. M. Magitot rappela les faits dont je viens de parler : il fit voir qu'en Belgique et dans d'autres pays où le monopole gouvernemental n'existe pas, les ouvriers et les fabricants demandent eux-mêmes à fabriquer encore des allumettes au phosphore blanc, au moins pour l'exportation, si on les interdit dans leur pays : c'est que là, ce n'est pas l'Etat qui paye, et l'on sait ce que coûterait la transformation de l'outillage, sans parler des dangers de la fabrication nouvelle, quand il est si simple d'éviter les accidents du phosphore blanc, avec quelques précautions. Mais M. Valin et l'hygiène ministérielle l'ont emporté et le ministre a eu son rapport. L'hygiène est décidément une chose admirable !

Autrefois, en France, tout finissait par des chansons; aujourd'hui cela finit par des crédits. Chaque âge a ses plaisirs; j'aimais mieux les anciens.

H. V.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Prix de la Faculté de médecine de Paris (année 1895-1896). — 1° Legs Trémond. — Ce legs, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé entre deux étudiants méritants et remplissant les conditions du legs.

2° Prix Barbier (2,000 francs). — Sept appareils ont été présentés. La Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les encouragements suivants : 1° 800 francs à Mme Gaches-Sarraute pour son corset hygiénique; 2° 400 francs à M. le Dr Marage pour son serre-nœud galvano-caustique; 3° 400 francs à M. Philadelphien pour son sphygmométrographe; 4° 400 francs à M. Terdin pour son dynamomètre et dynamométrographe.

3° Prix Chateauvillard (2,000 francs). — A M. le Dr Chipault pour son ouvrage intitulé : *Chirurgie opératoire du système nerveux*. — Mentions honorables : 1° à M. Péron, pour son ouvrage intitulé : *Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre*; 2° à M. Sergent, pour son mémoire intitulé : *Tubercules et cavernes biliaires*.

Prix Montyon (700 francs). — Aucun candidat ne s'est présenté.

Prix Jeunesse (hygiène, 1,500 francs). — La Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les récompenses suivantes : 1° 1,000 francs à M. Bodin pour son ouvrage : *Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines*; 2° 500 francs à MM. Burot et Legrand, pour leur ouvrage intitulé : *Maladie des marins et épidémies nautiques, moyens de les prévenir et de les combattre*; 3° mention honorable à MM. Delobel et Cozette, pour leur travail : *Contribution à l'étude des accidents septicémiques dus à la vaccination. Etude générale de la vaccination*; 4° à M. Barré, pour son travail : *Du problème de l'alimentation du soldat en campagne*.

Prix Béhier (1,800 francs). — Le sujet proposé pour le concours était : *Des troubles digestifs chez les cardiaques*. Le prix a été décerné à MM. Blind et Babon.

Prix Lacaze (10,000 francs). — Le prix a été décerné à M. Nocard, professeur à l'école d'Alfort, pour ses travaux sur la tuberculose.

Prix Saintour (3,000 francs). — Le sujet proposé était : *De l'urémie chez les phtisiques*. Le prix a été partagé entre MM. Claude, interne, et Teissier, chef de clinique médicale à la Faculté.

Thèses récompensées. — *Médailles d'argent :* MM. Ancelet, Auvray, Chrétien, Dufour, Launay, Longuet, Mirallié, Schwaab, Sée, Sergent.

Médailles de bronze : MM. Arthus, Bolognesi, Bouglé, Boulai, Brunswic, Choppin, Delanglade, Giresse, Guiart, Koutnik, Lalande, Lévi, Mangin-Bocquet, Martin, de Massary, Meslay, Michel, Mignot, Ostrovsky, Ch. Pupin, Ricapet.

Mentions honorables : MM. Alardo, Berg, Bobier, Bodin, Chavin, Chambrin, Cerf, Dauriac, Finet, Folles, Houzé, Jeannulatos, Jorand, Mlle Joteyko, MM. G. Lefèvre, Leray, Levassort, Lucas, Mitour, Péron, Picou, Ranglaret, Riffé, Thévenard, Touillon.

Contre la peste. — Le *Journal officiel* publie un décret portant de nouvelles mesures contre la peste :

Vu la loi du 3 mars 1822;

Vu le décret du 19 janvier 1897, portant interdiction d'importation ou de transition en France et en Algérie d'objets ou de marchandises en provenance des ports indiens contaminés de peste;

Vu l'article 1er du décret du 27 janvier 1897, limitant le nombre des ports ouverts aux provenances des pays contaminés de peste;

Vu la délibération du comité de direction des services de l'hygiène, en date du 6 février 1897;

Décrète :

Article premier. — Les dispositions du décret du 19 janvier sus-visés sont étendues, dans les

ports de la Méditerranée, à toutes les marchandises provenant directement ou indirectement de Bombay, de Kurrachee et des autres ports contaminés de peste.

Dans les ports de l'Océan et de la Manche les marchandises non prohibées par le décret susvisé ne seront admises qu'après désinfection.

Art. 2. — Les passagers provenant de ports reconnus contaminés de peste ne pourront entrer en France que par les ports de Pauillac, Saint-Nazaire, le Havre et Dunkerque.

Ils ne seront admis à débarquer qu'après qu'ils auront subi une observation fixée à huit jours pour Pauillac et Saint-Nazaire, à quatre jours pour le Havre et Dunkerque, et que leurs bagages auront été désinfectés.

Hygiène militaire. — Le ministre de la Guerre vient de publier un important rapport adressé au Président de la République sur l'état sanitaire de l'armée de terre. Cet état est très satisfaisant : la mortalité en 1896 a été de 5,29 0/00; c'est la plus faible qui ait jamais été observée : cela fait 2,900 décès pour 546,500 hommes environ. Ce résultat est dû aux progrès incessants de l'hygiène. La variole disparaît de plus en plus : en 1896, il y a eu 57 cas et 2 décès. La diphtérie, depuis l'emploi du sérum, ne donne plus que 22 décès annuels. La fièvre typhoïde décroît aussi, bien qu'il y ait encore eu 2,442 cas avec 441 décès. Partout les casernes ont de l'eau de source et de l'eau filtrée à travers les bougies Chamberland; les pays où la fièvre typhoïde était endémique sont devenus absolument sains depuis cette mesure. Toutefois le ministre préconise pour l'avenir l'emploi de l'eau stérilisée comme plus sûr et plus facile : des chaudières seront construites pour la préparer en grande quantité; dans chaque corps d'armée il y aura plusieurs de ces chaudières mobiles qui seront transportées dans les endroits où une épidémie aura éclaté.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Entérite muco-membraneuse chez les enfants (1)

Par M. J. Comby,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Mon collègue et ami le Dr L. Galliard a présenté récemment à la Société des hôpitaux (5 mars 1897) une très intéressante observation d'*entérite muco-membraneuse*. Il a ainsi soulevé une question importante et délicate sur laquelle tous les médecins d'enfants ne sont peut-être pas d'accord.

En Allemagne on a décrit, depuis longtemps, sous le nom d'*entérite folliculaire*, la plupart des faits que nous rangeons sous le terme d'*entérite muco-membraneuse*, de *colite dysentériforme*, etc. Cependant Hénoch, dont l'autorité est si grande, n'a pas mis en vedette ce mot d'*entérite folliculaire* auquel Baginsky, Unger, etc., affectent de donner une précision qui n'est peut-être pas dans la nature. Hénoch décrit, dans un paragraphe intitulé *diarrhée catarrhale*, des manifestations entéro-coliques avec mucosités, stries de sang dans les garde-robes aboutissant le plus souvent à la guérison. Ce schéma répond bien à la forme ordinaire de l'entérite muco-membraneuse telle que nous la comprenons en France. Mais plus loin Hénoch rapporte une observation concernant un petit garçon de 2 ans, ayant souffert de diarrhée, et présentant depuis douze jours des accidents plus graves : accès épileptiformes, fièvre vive, diarrhée abondante. Il y avait, dans les vingt-quatre heures, douze à quinze selles tout à fait liquides, vert épinard, mêlées d'une grande quantité de mucus, annoncées et accompagnées par des cris violents et une agitation incessante. En même temps, fièvre intense, refroidissement des extrémités. Les jours suivants, collapsus, pouls petit, météorisme, puis suspension de la diarrhée, augmentation du tympanisme, mort au dix-septième jour. A l'autopsie : foie gras, entérite folliculaire s'étendant depuis le milieu de l'intestin grêle jusqu'à l'S iliaque, hyperémie étendue avec gonflement de la muqueuse, nombreux follicules tuméfiés et rompus, en maints endroits petites ulcérations arrondies cerclées de rouge, plaques de Peyer rouges et réticulées.

Pour Baginsky, l'entérite folliculaire frappe l'intestin grêle; outre le catarrhe, la tuméfaction de la muqueuse, la desquamation de l'épithélium, il insiste sur les lésions des follicules solitaires ou agminés (plaques de Peyer). La sous-muqueuse serait infiltrée de cellules rondes répandues autour des vaisseaux distendus. Les follicules, proéminents, atteignent parfois la dimension d'une lentille ou d'un pois, les plaques de Peyer sont

(1) Communication à la *Société médicale des hôpitaux*.

entourées d'un cercle rouge. Ces follicules et ces plaques peuvent être ulcérés. On les trouve, au microscope, remplis de cellules rondes parfois atteintes de dégénérescence granuleuse.

Les symptômes qu'il indique sont les suivants : après une période de catarrhe aigu ou chronique, on voit les enfants accuser des coliques, le ventre est mou, plutôt rétracté que ballonné, la peau est chaude ; pâleur, amaigrissement, facies grippé, gémissements, urine rare. Ce qui frappe le plus, c'est le besoin continuel d'aller à la selle ; les matières fécales sont expulsées en très minime quantité ; elles sont composées surtout de mucosités mousseuses ou visqueuses, troubles, souvent semées de stries sanguinolentes ou purulentes. Elles peuvent être putrides et fétides. Tantôt la maladie entraîne la mort par cachexie progressive, par péritonite. Tantôt elle aboutit à la guérison. Quand l'entérite folliculaire est liée au catarrhe chronique, elle est moins grave, la fièvre peut manquer et la durée de la maladie est plus longue.

La description des auteurs allemands est poussée au noir, soit que la maladie soit plus grave chez eux que chez nous, soit qu'ils aient été conduits à n'étudier que les cas extrêmes, ceux qui viennent se terminer à l'hôpital.

Les cas que j'ai vus ne m'ont pas laissé l'impression terrifiante qui se dégage de la lecture des ouvrages allemands, et je n'ai pas encore eu l'occasion de faire la vérification anatomique de l'*entérite muco-membraneuse* ou *entérite folliculaire*. Mais, quand on voit les enfants rendre, au milieu de crises douloureuses, d'épreintes et de ténesme, des lambeaux muco-membraneux, des glaires, de la mousse, du sang, des matières analogues à des crachats, quand on a sous les yeux des moules complets du gros intestin, des fragments d'une largeur et d'une longueur extraordinaires, on a peine à accepter la désignation d'entérite folliculaire ; la lésion n'est pas cantonnée dans les follicules isolés ou agminés, elle envahit toute la muqueuse. Cette lésion, de plus, ne semble pas siéger primitivement ni exclusivement dans l'intestin grêle, elle frappe surtout le côlon, dans la dysenterie dont elle partage les symptômes ; c'est une colite dysentériforme, à paroxysmes, à rechutes, à évolution chronique, dont la terminaison est le plus souvent favorable.

A l'exemple typique que vous a rapporté M. Galliard, je demande la permission d'en ajouter quelques autres.

I. Au mois de décembre dernier, j'étais appelé à voir un petit garçon de 28 mois, très gravement malade, ayant depuis quelques jours des vomissements, de la diarrhée muqueuse, de la fièvre, et finalement, des menaces d'algidité et le collapsus. Cet enfant, bien développé pour son âge, ayant les membres droits, les dents complètes, nullement rachitique, avait été nourri au sein par sa mère, qui, obligée de le sevrer plus tôt qu'elle ne l'aurait voulu, lui avait donné à manger, prématurément et surabondamment, des soupes et autres aliments. A l'âge de 14 mois, l'enfant a présenté sa première atteinte d'entérite muqueuse ; fièvre vive (39°, 39°,5), coliques, abattement, diarrhée glaireuse, mousseuse, fétide ; les matières étaient analogues à du blanc d'œuf cru. Au bout de quatre à cinq jours, l'enfant reprenait le dessus ; on lui donnait une bonne nourrice (il est encore au sein, quoique âgé de 2 ans et demi). Au bout de quelques mois, rechute avec les même symptômes que précédemment. A l'heure actuelle, l'enfant a eu, en seize mois, six crises d'entérite muco-membraneuse plus ou moins inquiétantes.

La dernière, qui date de la fin de février, a été moins forte que les précédentes, mais

plus prolongée; la fièvre a atteint 39°; les lavages intestinaux, recommandés à cette occasion, ont fait rendre à l'enfant des lambeaux muco-membraneux longs de 6 à 7 centimètres. Jusqu'à présent, l'enfant n'a pas rendu de sang dans ses matières. Au moment de chaque crise, il a une poussée d'urticaire.

Le traitement a été le suivant : dans l'intervalle des crises, allaitement au sein, bouillies de farine de riz, panades légères à la biscotte, un œuf par jour.

Au moment des crises, allaitement exclusif, lavage de l'intestin, tous les jours, avec 2 litres d'une solution de borate de soute à 2 0/00; petites doses de calomel (3 centigrammes par jour en trois fois); bains tièdes.

L'enfant ayant habituellement de la constipation, on lui fait prendre tous les jours un petit lavement avec une cuillerée à café de glycérine. M. Hutinel, consulté pour cet enfant, a conseillé les massages légers de l'abdomen.

Malgré le régime sévère auquel le petit malade est soumis, malgré les soins hygiéniques dont il est entouré, son entérite muco-membraneuse revient obstinément tous les trois ou quatre mois, et dans ces derniers temps, les crises semblent se rapprocher. Le déplacement, le changement d'air (l'enfant est venu de Grasse à Paris), n'ont pas empêché le retour des crises.

Voilà donc une forme d'entérite muco-membraneuse grave (*entérite folliculaire*), déclarée au moment du sevrage et attribuable à la suralimentation tentée à cette occasion.

A côté de cette forme, la plus grave et la plus inquiétante, à cause de l'âge des enfants, il en existe une autre, à allures beaucoup moins bruyantes et d'une gravité moindre.

II. Petit garçon de 5 ans, observé le 26 mars 1896, nourri au sein jusqu'à 14 mois, sevré brutalement. Il marchait à 13 mois. A partir du sevrage, il s'est affaibli, a maigri, a cessé de marcher, a souffert de l'estomac. Il est devenu rachitique. Pendant longtemps, il a présenté des alternatives de diarrhée et de constipation, et on retrouvait les aliments non digérés dans ses garde-robes (lientérie). Depuis le sevrage, il a toujours eu un appétit et une soif exagérés, avec sommeil agité, interrompu par des cauchemars et des terreurs nocturnes.

Depuis quelque temps, l'appétit a diminué, mais la soif reste excessive. L'enfant est en retard, il est petit pour son âge. Nous sommes en présence d'un dyspeptique. Or, depuis huit jours, un épisode aigu est venu se greffer sur cette dyspepsie; l'enfant rend, plusieurs fois par jour, des glaires, du sang, sans matières moulées, avec des coliques assez douloureuses. L'état général paraît bon; il n'a pas de fièvre.

Chez cet enfant, l'entérite muqueuse ne s'est déclarée qu'à l'âge de 4 ans.

III. Garçon de 5 ans, observé le 20 avril 1896; cet enfant, nourri au biberon, à la campagne, avec du lait de chèvre, n'a marché qu'à 20 mois et a toujours eu un gros ventre. Dans les premiers mois, il aurait présenté du muguet, de l'ictère. En somme il a beaucoup et pendant longtemps souffert du tube digestif. Desquamation linguale. Voracité très grande, polydypsie. Le ventre, actuellement, est assez gros, mais flasque, un peu douloureux à la pression. Vomissements de temps à autres. Depuis plusieurs mois, l'enfant a des selles très fréquentes, presque toutes les heures, et il rend des matières en très petite quantité, analogues à des crachats, sans épreintes ni ténesme, sans mélæna.

IV. Garçon de 6 ans, observé le 13 juin 1896 : c'est un jumeau, allaité par conséquent dans des conditions défectueuses, il a marché tard (16 mois) et a été rachitique.

Enfant très vorace, mangeant vite, buvant beaucoup. Estomac dilaté, bruit de clapotage au niveau de l'ombilic. Depuis un mois l'enfant a de la diarrhée, il rend du sang, parfois en caillots des glaires, des débris membraneux qui ont été pris pour des fragments de ténia. Quelques coliques, mais sans épreintes, chaleur à l'anus, légère saillie de la muqueuse rectale au moment de la défécation. Prescription : lait comme boisson, lavages quotidiens de l'intestin avec une solution boratée (1 pour 500), aliments en purée, paquets composés de bicarbonate de soude, craie, salicylate de bismuth, pepsine et noix vomique.

V. Garçon de 8 ans, observé le 26 mars 1896, pâle, nerveux, irritable. Nourri au sein, l'enfant a marché à 13 mois; il vomissait tous les jours. Otorrhée gauche, varicelle, rougeole, oreillons. A l'âge de 3 ans, entérite grave avec mélæna pendant dix jours. A 6 ans, nouvelle entérite avec mélæna. Actuellement troisième atteinte sérieuse d'entérite. Depuis huit jours, l'enfant rend des matières muco-membraneuses mêlées de sang. Le toucher rectal n'indique rien. Ventre souple et non douloureux à la palpation. Amélioration rapide par le repos au lit, les lavements, la diète lactée.

VI. Fillette de 28 mois observée par le Dr John Thompson (*Arch. of Pediatrics*, janvier 1894), prise d'entérite membraneuse pour la seconde fois; la première fois, elle était devenue pâle, avait perdu l'appétit et grinçait des dents; on examine les garde-robes et on trouve des débris membraneux qu'on prend pour des vers, on donne du séné; l'enfant a du mélæna et va bien pendant quelques mois. Puis elle accuse de faux besoins, est agitée, dort mal; sa mère retrouve des membranes dans les garde-robes.

Ces membranes avaient l'apparence de celles du croup, les plus épaisses semblaient formées de deux couches, quelques-unes étaient tubulaires et engainaient le bol fécal. Au microscope : cellules épithéliales, leucocytes, microbes, fibrine. Traitement par un mélange de noix vomique, gentiane, bicarbonate de soude, rhubarbe; amélioration.

VII et VIII. Deux fillettes de 12 et 14 ans (Cautru, *la Médecine moderne*, 12 janvier 1895), sans stigmates hystériques, sont prises la nuit d'accès épileptiformes; on trouve des fausses membranes dans leurs garde-robes. L'eau de Châtel-Guyon alternant avec l'eau de Hombourg (Lécorché) amène la guérison.

IX. Une fillette de 11 ans (Cautru, *ibid.*), ayant des débâcles avec glaires et fausses membranes, présente des symptômes de chorée. Elle guérit par le traitement suivant : viande crue râpée, œufs, poissons bouillis, purées, lait coupé d'eau de Châtel-Guyon, huile de ricin à petite dose le matin.

Les exemples ne manquent pas, et nous aurions pu en citer un grand nombre; le Dr Bottentuit, sur 460 cas d'entérite muco-membraneuse traités à Plombières, n'a pas observé moins de 60 enfants entre 4 et 15 ans. (Catarrhal enterites. *Brit. med. Journal*, 16 avril 1892.)

Nous pouvons maintenant tenter la description générale de l'*entérite muco-membraneuse* ou *folliculaire* des enfants.

Définition.

L'entérite muco-membraneuse ou *entérite folliculaire* de l'enfance est une ENTÉRO-COLITE INFECTIEUSE A RECHUTES caractérisée par des symptômes généraux plus ou moins graves accompagnant des selles répétées, peu abondantes, mousseuses, glaireuses, muco-purulentes, membraneuses, sanglantes.

Etiologie.

L'entérite muco-membraneuse s'observe à tous les âges; mais elle devient surtout fréquente à partir du sevrage. Elle succède généralement à des troubles digestifs de date ancienne, à des poussées d'entérite vulgaire, à la dyspepsie, aux indigestions répétées, à tous les accidents provoqués par la *suralimentation* des enfants du premier âge.

On retrouve très souvent, dans les antécédents, l'allaitement artificiel, le rachitisme, le retard dans la marche et l'évolution dentaire. Cependant quelques enfants, atteints d'entérite folliculaire, ne portent aucun stigmate de rachitisme.

Il est permis d'incriminer parfois l'hérédité arthritique et nerveuse; dans plusieurs cas que j'ai étudiés, les parents étaient goutteux, graveleux ou nerveux; et chez un petit garçon de 8 ans, atteint d'entérite membraneuse (lambeaux rubanés, mélæna), j'ai vu coïncider cette maladie avec les hémorroïdes et la gravelle; ce petit malade, d'ailleurs très buveur, rendait du sable rouge dans ses urines; et sa mère avait eu des coliques néphrétiques.

M. Dieulafoy vient précisément de citer chez les enfants deux cas d'entérite muco-membraneuse, compliquée de *lithiase intestinale*, qu'il rapproche des autres lithiases et qu'il subordonne à la même cause générale, à l'*arthritisme*. Voici le résumé des deux cas de M. Dieulafoy (*Acad. de médecine*, 9 mars 1897) :

1° Garçon de 13 ans, douleurs intestinales par crises dans la région du côlon descendant depuis un an; il y a trois mois, on a remarqué des glaires et des membranes dans les selles, puis une énorme quantité de sable et de gravier intestinal;

2° Fillette de 4 ans et demi atteinte depuis longtemps de symptômes de colite muco-membraneuse, avec débâcles de sable intestinal; souche arthritique.

Parmi les causes occasionnelles, il faut citer les excès de table, les abus de liquides, l'impression du froid.

De toutes les causes invoquées, l'alimentation vicieuse des nourrissons est celle qui joue le rôle le plus important : c'est la seule qu'on doive retenir. Sans doute, elle ne crée pas la maladie de toute pièce, mais elle prépare le terrain, elle diminue la résistance de la muqueuse intestinale, elle favorise l'exaltation de virulence du *bacterium coli commune*, etc.

La bactériologie montre, il fallait s'y attendre, de nombreux microbes au milieu desquels domine le *bacterium coli commune*. On n'a pas trouvé de microbe spécifique de l'entérite folliculaire. Finkelstein (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 13 juillet 1896) a bien décrit des diplocoques qui se différencieraient du coli-bacille, par certaines réactions biochimiques (coagulation plus rapide du lait, aspect différent des cultures, etc.); mais Baginsky lui a objecté que le bacille du côlon pouvait prendre diverses formes suivant les milieux de culture, et que ses recherches n'étaient pas concluantes.

Donc, dans l'entérite folliculaire comme dans les autres variétés d'entérite, nous ne pouvons incriminer d'autre microbe que le *bacterium coli commune*.

Symptomes.

L'entérite folliculaire est une entérite à *rechutes* plus ou moins éloignées, plus ou moins intenses suivant les cas. Au point de vue clinique, on doit distinguer deux formes :

1° L'*entérite muco-membraneuse* des sujets très jeunes, maladie à paroxysmes très aigus, hyperthermiques, hypertoxiques, répondant à l'*entérite folliculaire* des Allemands;

2° L'*entérite muco-membraneuse* des sujets déjà grands, évoluant sans éclat, sans fièvre, plus tenace que la précédente, mais moins dangereuse. Ce type, très commun chez les adultes, surtout dans le sexe féminin, appartient aussi à la seconde enfance et à l'adolescence.

Les symptômes au moment des crises sont les suivants : l'enfant qui, depuis quelques jours, était pâle, sans appétit, sans entrain, se plaint d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe; il se met sur le vase dix, quinze, vingt fois par jour; la quantité de matières rendues à chaque fois est insignifiante; on trouve des glaires, des mucosités, des matières analogues à des crachats, parfois du sang et même du pus. De temps à autre l'enfant expulse des lambeaux membraneux qui résultent de la desquamation de la muqueuse intestinale enflammée. Ces fausses membranes peuvent être larges, aplaties, figurant des lambeaux aponévrotiques ou tendineux; ou bien elles sont étirées, allongées, plates ou rondes, ce qui fait penser au ténia ou aux ascarides lombricoïdes. D'autres fois les membranes sont cylindriques et pour ainsi dire moulées sur l'intestin dont elles émanent.

Chez les enfants très jeunes, on constate souvent une diarrhée verte, fétide, putride, précédant ou accompagnant les glaires et les fausses membranes. La constipation, en dehors des crises, est d'ailleurs plus fréquente que la diarrhée. Les efforts incessants que fait l'enfant ne vont pas sans quelques douleurs abdominales, anales, vésicales, le ténesme est signalé dans quelques observations et parfois la rétention d'urine.

L'appétit est perdu, la langue est saburrale, quelquefois sèche et fuligineuse et l'état typhoïde est très accusé. On a noté des vomissements dans quelques observations.

L'état général est très rapidement atteint, l'enfant pâlit, son facies exprime la souffrance; il perd rapidement en poids; ses chairs sont molles et ses forces s'en vont.

La fièvre est vive, dans les crises aiguës des jeunes enfants; elle atteint et dépasse 39°, 39°,5, parfois 40°. Avec l'hyperthermie vient l'agitation, le délire quelquefois, les cris, les gémissements, l'insomnie. On a noté assez souvent des convulsions épileptiformes, des accès d'éclampsie plus ou moins répétés.

La situation peut devenir grave; l'enfant épuisé par les faux besoins, affaibli par le manque de nourriture, abattu par la fièvre et l'auto-intoxication, présente le facies cholériforme : ses traits se tirent, ses yeux sont cerclés de noir, ses extrémités se refroidissent, son pouls devient petit et filiforme; il peut succomber.

Quand on examine le ventre, on le trouve souple plus souvent que tendu et ballonné; il n'est que peu ou pas douloureux à la pression; le foie, la rate ont leurs dimensions normales.

La peau présente parfois des poussées urticariennes (comme dans un de mes cas), ou morbilliformes (comme dans le cas de Galliard). Ces érythèmes, d'ailleurs fugaces, traduisent l'auto-intoxication d'origine intestinale.

Au bout de quelques jours, l'enfant revient à la santé, la fièvre tombe, les envies d'aller à la selle sont moins fréquentes, l'appétit renaît, le facies est meilleur. Peu à peu la santé redevient parfaite et l'on croit à une guérison définitive. Mais au bout de deux, trois, quatre, six mois, nouvelle crise semblable aux précédentes, avec plus ou moins d'intensité.

L'intervalle qui sépare les crises est très variable, et la périodicité n'est nullement régulière. Quelques enfants ne rendent de selles muco-membraneuses qu'une fois; la

crise est unique, elle ne se reproduit plus. En général il n'en est pas ainsi et les récidives sont pour ainsi dire constantes. Tantôt ces récidives sont très écartées, l'enfant n'a qu'une crise par an ou même moins, tantôt les récidives se font deux fois, trois fois, quatre fois, six fois dans la même année.

L'hygiène alimentaire peut influer sur le retour des crises; mais souvent elle ne saurait être accusée, et les paroxysmes éclatent à l'improviste, sans provocation d'aucune sorte, et alors que l'enfant semblait jouir de la meilleure santé.

A mesure que les sujets avancent en âge, l'acuité des premières atteintes va en diminuant, la maladie tend à devenir sourde, chronique, apyrétique; elle se rapproche, dans son évolution, de la forme des adultes. Dans ces cas, on peut voir l'enfant rendre de temps à autre, presque sans souffrance, des lambeaux membraneux mêlés de sang ou de glaires. Cependant il n'y a pas de fièvre, l'appétit n'est pas perdu, les forces ne sont pas atteintes. Cette forme de la maladie est beaucoup moins grave que la précédente; elle n'est jamais mortelle.

Le pronostic est donc très variable suivant l'âge des enfants et suivant l'acuité de leur maladie. Dans la forme aiguë, chez les enfants du premier âge, la terminaison fatale est à redouter. Hénoch, Baginsky en rapportent des exemples.

En général l'entérite muco-membraneuse n'est pas mortelle par elle-même, mais elle ouvre la porte à des infections secondaires; elle peut se compliquer de choléra infantile, de péritonite, de broncho-pneumonie, de méningite, de convulsions, etc. Elle prédispose aussi à l'appendicite. On doit la considérer comme une maladie sérieuse, tant par sa durée indéfinie que par l'affaiblissement qu'elle détermine. L'entérite muco-membraneuse est en effet une affection de très longue durée; il est impossible de prévoir le nombre des rechutes auxquelles l'enfant est exposé ni le terme exact de la guérison définitive. Mais cette guérison, elle est à peu près certaine dans la grande majorité des cas.

Diagnostic.

Le diagnostic repose sur l'examen des matières rendues par l'enfant; déjà la notion de ces faux besoins, de ces efforts incessants pour expulser des matières insignifiantes, mettaient sur la voie. Il n'est plus permis d'hésiter quand on a sous les yeux ces glaires, cette mousse, ces stries de sang, ces fausses membranes si caractéristiques.

La seule maladie à laquelle il sera permis de songer en pareil cas, c'est la *dysenterie*. Comme l'entérite muco-membraneuse, elle s'accompagne d'épreintes, de ténesme; les patients se mettent dix, vingt, trente fois sur le vase pour rendre quelques gouttes de pus ou de sang, ou expulser avec effort quelque débris membraneux. Mais, dans la dysenterie, le sang tient une large place dans les garde-robes; les matières ont l'apparence de viande hachée, de raclure de boyau, elles révèlent une ulcération profonde de la muqueuse intestinale, l'état général est très grave, enfin la notion épidémique est là pour lever les doutes.

Quand les enfants ont beaucoup de fièvre, quand ils sont plongés dans l'adynamie, avec fulginosités et sécheresse de la bouche et de la langue, on pense à la *fièvre typhoïde;* mais le caractère des selles fait écarter cette dernière maladie. Enfin, s'il survient un érithème *morbilliforme* ou *scarlatiniforme*, on pourrait croire à l'existence d'une fièvre éruptive; il faudra encore s'attacher à l'examen des garde-robes, qui permettent toujours de se prononcer en connaissance de cause.

Anatomie pathologique.

On peut faire l'anatomie pathologique de l'entérite membraneuse, en étudiant, non seulement les organes ouverts après la mort, mais aussi les matières rendues dans les garde-robes.

Dans les cas mortels (ils sont heureusement rares), l'autopsie a révélé une inflammation étendue depuis l'iléon jusqu'au rectum. La muqueuse est épaissie, gonflée, turgescente, infiltrée de cellules rondes. Les follicules isolés, les follicules agminés (plaques de Peyer) sont augmentés de volume, congestionnés, infiltrés de cellules embryonnaires; la muqueuse, à leur pourtour, dessine une zone rouge de congestion intense.

Parfois, il y a ulcération, destruction partielle ou totale d'un certain nombre de follicules. Ce qui ne manque jamais, c'est la desquamation épithéliale de la muqueuse et sa dénudation dans une étendue plus ou moins grande.

L'examen des matières rendues montre des mucosités mousseuses ou glaireuses, parfois purulentes, contenant par conséquent beaucoup de leucocytes et de nombreuses cellules épithéliales. On trouve souvent du sang pur ou altéré, quelquefois en caillots. Les fausses membranes sont formées principalement de mucine, quoique certains auteurs signalent la fibrine.

Traitement.

Avant de parler du traitement, il convient de dire quelques mots de la prophylaxie. C'est pendant la première enfance que l'entérite muco-membraneuse se déclare ou se prépare. C'est au moment du sevrage que les fautes les plus graves sont commises contre l'hygiène des nourrissons. La meilleure prophylaxie de l'entérite folliculaire est l'allaitement prolongé et bien réglé, le sevrage graduel et sans à-coups. Il faut surtout se garder de la suralimentation, des aliments solides donnés prématurément et avec excès. Le lait devra être longtemps continué après le sevrage; il sera la seule boisson permise, pas de vin, pas de bière, pas de liquides alcooliques. Pas de viandes, pas de crudités, régime végétarien mitigé: lait, crèmes, œufs, panades, soupes au lait, purées de légumes secs, poissons frais, cervelles, ris de veau, etc.

Le traitement de l'entérite muco-membraneuse s'applique aux crises aiguës pour les atténuer et les abréger, et aux périodes intercalaires pour prévenir les rechutes. Pendant la crise, c'est-à-dire pendant la poussée d'entérite aiguë, la conduite est la même que dans les autres variétés d'entérites infantiles. On commence par mettre l'enfant à la diète liquide; il ne mangera plus, il boira du lait à intervalles réguliers (toutes les trois heures), ou de l'eau stérilisée, s'il a des vomissements et s'il ne tolère pas le lait. Quelquefois le lait d'ânesse est bien supporté et peut rendre des services. Si l'enfant est au sein, il continuera à téter sa nourrice, et l'on conseillera les tétées rares (toutes les trois heures). Si la fièvre est très élevée, je conseille de donner des bains frais, à 30° d'abord, à 28°, à 25° et même à 20° s'ils sont bien supportés (durée du bain, cinq à dix minutes). A défaut de bains, on appliquera des cataplasmes émollients sur le ventre. En même temps on prescrira de grandes irrigations tièdes de l'intestin faites une ou deux fois par jour avec 2 litres de solution boratée faible (2 grammes de borate de soude par litre d'eau bouillie).

S'il y a tendance à l'adynamie, au collapsus, on fera des injections sous-cutanées

d'eau salée (7 0/00), 10 à 20 centimètres cubes plusieurs fois par jour. En même temps on fera prendre à l'enfant quelques centigrammes de calomel (3 centigrammes en trois fois dans la journée), à titre d'antiseptique intestinal.

On attendra ainsi la fin de la crise. L'orage passé, on veillera avec le plus grand soin sur l'hygiène de l'enfant. On le couvrira de flanelle, surtout au niveau de l'abdomen, pour éviter tout refroidissement. On évitera tous les excès alimentaires; on rationnera les liquides comme les solides. Tous les aliments seront réduits en purée.

Quelques auteurs ont conseillé la viande crue hachée; je n'en suis pas partisan pour les enfants du premier âge. Mais on donnera le lait, les panades légères, les bouillies de farines, les purées de légumes secs passées, les fruits cuits, les poissons bouillis, les œufs sans excès, les crèmes, etc.

Dans cette question du régime à établir, il faudra d'ailleurs procéder avec quelques tâtonnements et en s'inspirant de l'idiosyncrasie des sujets. Les uns digèrent les œufs, les autres ne les tolèrent pas; ceux-ci se trouvent bien de la viande crue hachée ou pulpée, ceux-là la digèrent mal; quelques-uns acceptent volontiers le lait et s'en trouvent bien; d'autres n'assimilent pas le lait de vache, etc. Mais tous doivent être soumis à un régime sévère, dont les excès surtout seront bannis, la suralimentation étant toujours plus à redouter que la privation relative.

Les enfants ayant généralement de la dyspepsie et de la constipation, je leur fais prendre, dix jours par mois, matin et soir, dans une cuillerée d'eau sucrée, un paquet contenant :

Bicarbonate de soude	ââ 25 centigrammes.
Magnésie calcinée.....	
Poudre de noix vomique.....	1 —

La dose de noix vomique variera suivant l'âge (1/2 centigramme par jour et par année d'âge au maximum, en suspendant au bout de dix jours).

Quand la constipation est opiniâtre, je prescris des suppositoires creux à la glycérine (1/2 à 1 gramme de glycérine par suppositoire), ou de petits lavements avec 4 à 5 grammes de glycérine introduits dans le rectum au moyen d'une petite seringue.

Quand les enfants sont déjà grands et quand la maladie tourne à la chronicité avec atténuation ou disparition des paroxysmes, il faut conseiller une cure thermale qui pourra être suivant les circonstances et les pays : Châtel-Guyon, Plombières, Hombourg, Kissingen, etc.

Traitement des crevasses et gerçures. — Traitement des engelures.

Par le Dr A. Morel-Lavallée,
Médecin des hôpitaux.

Le procédé le plus énergique consiste évidemment à s'oindre les mains de glycérine bien neutre, les égoutter; puis, les recouvrir de gants de peau, ou encore les rouler dans la poudre d'amidon. Mais de ces deux façons, on tache horriblement les objets de literie. Seulement, en deux ou trois applications nocturnes, les crevasses sont guéries, et la peau en est préservée pour une huitaine de jours.

On se salit un peu moins en remplaçant la glycérine par le topique suivant, aujourd'hui classique :

Lanoline	100 grammes.
Paraffine liquide	25 —
Vanilline	5 centigr.

Mais il faut trois ou quatre fois plus de temps pour obtenir la guérison. Lorsque les gerçures ne sont pas très profondes ni très invétérées, le plus pratique, sinon le plus court, est l'emploi des lotions, faites chaque fois que l'on se lave les mains. Le *Journal de médecine de Paris* prescrivait récemment la suivante :

Eau distillée	100 grammes.
Lévulose	10 —
Arom. s. a.	

J'ai l'habitude, depuis longtemps, d'employer la lotion que voici, dont j'ai établi la formule avec l'aide de M. Genevois, alors mon interne à l'hôpital Saint-Louis :

Alcool à 90°	80 grammes.
Glycérine	35 —
Eau de roses	30 —
Salol	2 —
Teinture de musc	2 gouttes.

Voici comment on doit procéder : on se lave avec de l'eau légèrement tiédie, en employant le savon le moins irritant possible (savons à la gélatine, pâtes d'amandes, etc.). On s'essuie à l'aide d'une serviette-éponge. Ensuite on verse la lotion dans le creux de la main, et l'on s'enduit alternativement les deux faces dorsales des mains. On frotte alors vigoureusement les deux paumes ensemble contre une serviette tendue, on éponge le bord cubital de la main, mais on se garde bien d'essuyer la face dorsale des doigts et de la main. On les secoue simplement : au bout de deux minutes, tout est sec; on ne risque de tacher ni ses vêtements ni le papier, et la peau reste onctueuse et protégée.

Nous ne saurions trop vivement recommander ce procédé à ceux de nos confrères dont les opérations, les antiseptiques irritants ou les contacts infectieux menacent le plus les téguments et qui doivent se laver et savonner le plus fréquemment. Toutefois cette méthode est surtout prophylactique. Des crevasses existant, et la guérison rapide

étant impérieusement nécessaire, comme dans notre profession, c'est au pansement glycériné nocturne qu'il convient d'avoir recours au moins une ou deux fois, — ou à la lanoline aromatisée, ou à une pâte comme celle-ci :

	Oxyde de zinc.....	15 grammes.
Triturez avec :		
	Glycérine.....	45 —
Ajoutez :		
	Lanoline	40 —
	Essence de néroli.....	Q. s.

Il importe de savoir, surtout lorsqu'il s'agit de femmes ayant la peau délicate et sensible, que les préparations usitées produisent une cuisson, voire une douleur d'autant plus prolongée que la glycérine y figure en plus grande quantité. Pour les femmes du monde, je prescris constamment les onctions nocturnes à l'aide d'un mélange de lanoline et de paraffine parfumé et amené à la consistance solide à la température ordinaire. Ce mélange doit alors être fondu légèrement devant le feu ou au bain-marie. Il forme, en se desséchant, un vernis sur la peau, et il n'est généralement pas besoin d'un nuage de poudre de riz pour préserver le linge de taches grasses.

L'emploi, après lavage des mains, de la lotion composée dont j'ai donné plus haut la formule, est en général superflu, sauf pour les personnes faisant dans leur ménage un fréquent usage de cristaux de soude, de lessives ou de savons grossiers et irritants.

* *

Tout auprès des gerçures se trouve, dans le cadre pathologique, une affection bien différente, et qui n'a de commun avec elles que de naître également sous l'influence du froid.

On sait qu'il s'agit de troubles trophiques, de nouures érythémateuses (érythème pernio) que la froidure fait naître aux extrémités (doigts, nez, oreilles) chez des individus qu'un tempérament dit lymphatique semble prédisposer à cette maladie et à ses récidives annuelles. Nous ne voulons pas décrire l'engelure ; rappelons seulement qu'elle présente deux particularités bien intéressantes : d'abord elle peut simuler le lupus érythémateux, et *vice versa* (*lupus chilblain*), ce dernier pouvant d'ailleurs lui succéder *in situ*. Ensuite l'engelure, on le sait, est susceptible d'ulcérations : au centre de la nodosité congestive apparaît une phlyctène qui crève et laisse voir un fond de bourgeons pâles, sanguinolents, atones, parfois livides, tandis que les bords peuvent s'exhausser et devenir calleux. Si l'ulcération siège dans un pli naturel, sa durée peut être indéfinie. Quelquefois enfin l'ulcère prend un mauvais aspect et simule à s'y méprendre l'ulcération tuberculeuse, voire la pourriture d'hôpital. Or, le traitement varie dans tous ces cas.

Dans les cas ordinaires, il faut recourir d'abord au traitement de M. E. Besnier, à savoir :

1° Baigner les mains dans une décoction de feuilles de noyer (nous la conseillons concentrée, et tiède, dégourdie).

2° Frictionner à l'alcool camphré ; puis

3° Saupoudrer avec :

Amidon pulvérisé.....	90	grammes.
Salicylate de bismuth.....	10	—

4° Calmer les démangeaisons du soir avec :

Glycérine.....	50	grammes.
Eau de roses.....	50	—
Tanin.....	10	—

puis poudrer avec la poudre n° 3.

5° Si les engelures sont ulcérées, on les enveloppe, pour la nuit, avec les feuilles de noyer du décocté, en guise de cataplasmes.

Mais, comme nous l'avons dit, les engelures peuvent être entretenues par un état constitutionnel : alors, il faudra prescrire l'huile de foie de morue, les antiscorbutiques et les antiscrofuleux. Si la congestion violacée des mains est habituelle, recourir à l'administration mesurée et prolongée des angiostricteurs (quinine, ergotine, digitale, belladone) comme le fait avec succès notre ami M. Brocq.

Si les ulcérations résistent au traitement, user des préparations alcooliques étendues astringentes à base de tanin, d'alun, de borax.

M. Monin recommande trois badigeonnages par jour avec :

Glycérine pure.....	30	grammes.
Teinture d'iode.....	1	—
Teinture d'opium.....	1	—

Parfois l'action occlusive de la pâte de zinc suffit ; d'autres fois, au contraire, les ulcérations sont atones et rebelles. J'ai l'habitude de faire alors de légères cautérisations au nitrate d'argent à 1/30 ou 1/20, après cocaïnisation ou non. Ou bien encore j'excite les bourgeons charnus avec des médicaments oléo-résineux (styrax mitigé), et après seulement j'en arrive au liniment oléo-calcaire aristolé, à l'iodol, à l'iodoforme ou au baume du Commandeur, qui achèvent ou protègent la cicatrisation.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 mars 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

Sur la proposition de M. Bardet, la Société décide que la prochaine séance sera fixée au 7 avril au lieu du 13.

M. Chassevant, à l'occasion du procès-verbal, fait ressortir que le principe actif extrait du corps thyroïde se trouve dans le protéide combiné à une molécule d'albumine ou de globuline inactive. Le principe actif obtenu par dédoublement, qu'il soit iodé ou non, est plus actif que le protéide primitif puisqu'il est débarrassé d'une molécule d'albumine ou de globuline inerte au point de vue thérapeutique.

Il y a lieu, d'après les expériences de M. Chassevant, d'admettre dès maintenant que la thyroïodine peut par dédoublement donner naissance à des principes non iodés peut-être actifs.

Il est regrettable que l'on considère déjà comme principes actifs définis, des produits encore peu connus dans leur composition et leur action thérapeutique, et qu'une nomenclature compliquée, souvent inexacte, augmente encore la confusion.

M. Dalché rend compte d'un cas de *susceptibilité particulière à la caféine*. Il s'agit d'une diabétique de 60 ans, atteinte de pneumonie grippale secondaire, à laquelle on fit en un jour quatre piqûres de caféine de 25 centigrammes chaque. A la suite de cette intervention, se développent de l'agitation, de la loquacité, du délire, des vomissements et de l'hyperesthésie cutanée et musculaire. Le coma diabétique semblait imminent, mais la réaction rouge-brun par le perchlorure de fer faisait défaut dans les urines, donc absence d'acétone ou d'acide diacétique. La caféine ayant été supprimée, les accidents s'amendèrent très rapidement. L'observation ultérieure de la malade, qui fut atteinte de lésions pulmonaires variées et ne présenta jamais plus de troubles de ce genre, démontra que la caféine seule devait être incriminée. La malade avait autrefois souffert d'accidents ressortissant à la grande hystérie : il s'agissait donc là d'une idiosyncrasie.

L'orateur ne peut admettre que l'insuffisance rénale que l'on évoque à propos de cas de ce genre, permette d'interpréter tous les faits. Il cite à cet égard la variabilité si grande de la tolérance individuelle pour le tabac, le laudanum, certains aliments. Il y a dans ces questions une inconnue que l'hypothèse d'un état pathologique du rein ne suffit pas à résoudre.

M. Patein fait remarquer que M. Dalché n'a pas dit quelle était la substance, acide salicique ou benzoate de soude, qui avait servi à faire dissoudre la caféine. L'acide salicylique peut fort bien provoquer des accidents de ce genre.

M. Dalché pense que c'est probablement le benzoate qui fut employé.

M. Gallois a maintes fois observé des accidents de caféisme, aussitôt que la dose de 60 centigrammes par jour est dépassée : rien d'étonnant, par conséquent, à ce qu'une dose d'un gramme provoque des accidents qui sont certainement, dans le cas particulier, imputables à la caféine.

M. Le Gendre rappelle l'observation de Faisans, présentée à la Société médicale des hôpitaux, où des doses encore plus faibles de caféine provoquèrent du délire. L'absorption de café noir peut, dans certains cas, être suivie de délire et d'hallucinations.

M. Barbier ayant prescrit un jour de la caféine au lieu de digitale à un de ses malades, fut prévenu par celui-ci que des accidents de délire se manifesteraient à la suite de l'ingestion de la potion : le malade en avait fait l'expérience auparavant. La suite confirma entièrement les dires du patient, qui était du reste un névropathe.

M. Bardet est un partisan résolu de la doctrine de l'idiosyncrasie. Comment, sans cela, expliquer des cas (Alb. Robin) où l'administration d'une seule goutte de laudanum provoqua une intoxication grave? L'orateur cite aussi le cas d'une malade chez laquelle un pansement fait dans une racine dentaire, avec un liquide contenant de la morphine, produisit à deux reprises des accidents. Or, la quantité de morphine introduite dans la dent n'atteignait pas un demi-milligramme. On observe journellement des faits semblables avec les iodures, les bromures, la codéine, etc. En outre, les nerveux à réactions énergiques présentent parfois de véritables révoltes stomacales, cinq ou dix minutes après injection d'un médicament donné. Il n'y a pas, en présence d'une telle rapidité d'action, à admettre un défaut d'élimination rénale. La forme sous laquelle on prescrit les remèdes est capitale à cet égard : les cachets, si utilisés de nos jours, provoquent facilement des troubles de ce genre : une dilution très étendue des médicaments s'impose alors.

M. Barbier constate que la question de l'idiosyncrasie se pose parfois aussi pour l'alimentation. Il cite l'exemple d'un enfant, qui dès les premiers jours où il commença à le sevrer, ne put supporter les œufs.

M. Crésantignes a vu plusieurs cas bizarres de cette espèce : 1° Une vieille demoiselle qui présenta d'abondants vomissements à la suite d'une légère friction laudanisée sur une jambe. 2° Un malade qui ne peut absorber du bicarbonate de soude même à la dose d'un quart de verre d'eau de

Vichy, sans être pris d'épistaxis. 3° Un confrère qui ne peut supporter le lièvre. 4° Des cas nombreux où le lapin n'est absolument pas toléré. 5° Un enfant qui ne supporte pas les œufs, et qui d'un autre côté n'a jamais présenté d'accidents à la suite d'absorption de codéine et autres médicaments actifs. Tous ces phénomènes sont encore peu explicables.

M. Vogt donne lecture d'une note de M. Albert Robin, intitulée : *Application des données fournies par l'analyse biologique à l'institution du traitement de la chlorose et des anémies.* Dans cette note, M. Robin s'élève contre la théorie trop rigoureuse de M. Hayem, qui veut réserver l'emploi du fer à la seconde période de la chlorose (période de réparation) et en prohibe l'emploi dans la première période (déglobulisation). Il y a de nombreuses exceptions à cette règle.

Il n'existe d'un autre côté pas de moyen clinique permettant de savoir si dans un cas donné, c'est le fer ou l'arsenic qui constituera le médicament de choix.

M. Robin pour élucider cette question, s'est adressé à l'examen des échanges nutritifs; il a reconnu que les anémiques doivent être divisées en deux classes : celles qui ont des échanges azotés diminués avec oxydation amoindrie, et celles où ces phénomènes dépassent la normale,

De cette constatation résulte que ces deux groupes de malades devront être soignés d'une façon entièrement différente.

Le fer accroît énergiquement les oxydations, il agira dans la même direction que le processus morbide quand l'état de déglobulisation se complique de dénutrition azotée par excitation des oxydations organiques (malades du deuxième groupe).

L'arsenic est au contraire un modérateur puissant des oxydations, il diminue les échanges : il est donc tout indiqué quand le fer est défendu. Donc, donner du fer aux malades du premier, de l'arsenic aux malades du second groupe.

M. Bardet ne croit pas que la teneur en fer de chaque préparation constitue un critérium de sa valeur thérapeutique. Il y a là une variabilité considérable d'un malade à l'autre; il faudrait pouvoir essayer tous les fers, pour trouver dans chaque cas celui qui est le mieux toléré. L'orateur rappelle que l'hémoglobine, dont la teneur en fer est pourtant minime, donne souvent de très bons résultats. Il faudrait, pour condamner cette préparation, commencer par prouver que plus on offre de fer à l'absorption, plus il s'en absorbe. L'hémoglobine est en outre souvent acceptée quand les autres fers ne sont pas tolérés.

M. Barbier pense que les deux classes de M. Robin ne contiennent pas que des cas de chlorose; il est probable que pour les malades du second groupe, il s'agit d'anémies symptomatiques d'une affection infectieuse. Pour l'hémoglobine, l'orateur ne peut admettre qu'elle passe directement dans le sang et puisse ainsi remplacer, dans le globule rouge, l'hémoglobine qui manque. Il est plus probable que cette substance subit dans l'intestin une putréfaction, préjudiciable à son absorption.

M. Bardet fait remarquer qu'en prescrivant de l'hémoglobine, il ne veut pas faire de l'opothérapie. Le fer des aliments est celui qui se digère le mieux, il faut donc s'adresser à lui, si faire se peut. En 1885, des expériences furent faites dans le service de M. Dujardin-Beaumetz; elles durèrent sept à huit mois, et portèreut sur une soixantaine de chlorotiques, qu'on divisa en trois groupes : 1° groupe traité par l'alimentation, le repos et l'hydrothérapie; 2° groupe traité par les préparations ferrugineuses courantes; 3° groupe qui reçut de l'hémoglobine, comme renfort à l'alimentation carnée. Il est certain que les malades du troisième groupe guérirent plus rapidement que les autres.

En outre, l'orateur considère que les doses de fer ordinairement prescrites sont beaucoup trop élevées, et qu'on ne peut théoriquement affirmer que tel fer est inférieur à tel autre. Le fer réduit, par exemple, présente au point de vue de la tolérance individuelle des variations fort curieuses; il constitue parfois le seul fer que la malade supporte, alors que théoriquement la préparation n'est certes pas des plus recommandables. Tous les chlorotiques présentent des modifications profondes du processus digestif dans son ensemble, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les conclusions tirées de l'étude pharmaceutique des diverses préparations de fer se trouvent souvent en défaut.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

La méthode antitoxique et antiseptique dans le traitement de la fièvre typhoïde, par MORRIS MANGES. (*Medical News*, 1896, t. LXIX, p. 541.) — Les recherches persistantes de la médication antiseptique de la fièvre typhoïde sont dues à la théorie qui prétend que le micro-organisme pathogène doit être frappé dans le tube intestinal aussi rapidement et aussi énergiquement que possible. L'auteur a cherché à démontrer que la pathologie et la chimie biologique n'ont pas de notions bien certaines sur la localisation de ce bacille dans l'intestin. De plus, tout en admettant la spécificité du bacille d'Eberth, on ne connaît pas la relation qui peut exister dans son association ou dans sa filiation avec le *bacillus coli*. On ne peut donc, en raison de ces faits, rien attendre de la médication antiseptique, et l'on doit poursuivre la recherche du traitement spécifique plutôt que du traitement antiseptique.

A. CHASSEVANT.

Le sang de congénère dans la tuberculose acquise, par M. BLOCH. (*Académie de médecine*, 9 novembre 1896.) — Dans une communication faite en octobre 1895 sur le principe, le manuel opératoire, les résultats initiaux de la transfusion du sang capillaire issu d'un congénère arthritique ou vigoureux dans la tuberculose acquise, l'auteur annonçait que ce sang, à la dose d'un demi à 1 centimètre cube, déterminait des réactions proportionnelles à l'intensité de l'infection.

Les recherches actuelles confirment cette opinion, et l'auteur conclut que le pronostic de la phtisie sera d'autant plus favorable que la réaction post-capillaire aura été nulle ou de peu d'intensité.

Ce type de réaction ne se rencontre, la plupart du temps, qu'au début de la phtisie: il y a tout intérêt à n'employer le procédé qu'à la période initiale, avant la fonte des tubercules.

A. CHASSEVANT.

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Rôle des alcalins, et spécialement de la chaux, dans le traitement de la diathèse uratique. (*Deutsche mediz. Zeitung*, 11-15 mars 1897.) — FÜRST (de Berlin) déduit de ses recherches longtemps poursuivies sur ce sujet, que dans le traitement de la diathèse uratique, la teneur en bicarbonate de soude ne joue pas un rôle prépondérant dans une eau minérale donnée : une trop grande quantité de bicarbonate semble même plutôt nuisible; le bicarbonate de chaux posséderait une action dissolvante beaucoup plus marquée que son congénère, et le maximum de résultat thérapeutique serait obtenu par les eaux qui contiennent à faible dose tous les sels salins et terreux.

Il est donc irrationnel de chercher, par exemple, à fixer la valeur thérapeutique d'une eau minérale par la quantité de bicarbonate de soude qu'elle contient, et si l'on veut obtenir de bons effets, il est souvent nécessaire d'ajouter à ces eaux trop spécialisées les éléments qui leur manquent (bicarbonate de chaux, magnésie, etc.).

Il se produit dans les eaux faiblement minéralisées, mais *qualitativement* riches, une sorte d'association médicamenteuse, analogue à celle que Lépine et Liebreich ont fait ressortir en thérapeutique générale.

E. VOGT.

Diagnostic et traitement du lombago, par EDGEWORTH. (*Bristol medico-chirurgical Journal*, décembre 1896.) — L'auteur distingue cette affection en trois classes : Myalgie rhumatismale, névrite rhumatismale et douleur rénale associée à l'hyperacidité des urines. Le traitement du lombago dû à la myalgie rhumatismale est l'administration de salicylate à haute dose et l'emploi de la révulsion; l'auteur préconise l'emploi d'application sur la peau de teinture de piment

diluée au 1/5. Les résultats sont surprenants et inexplicables.

Le salicylate a une action plus marquée sur les névrites rhumatismales.

A. Chassevant.

Traitement du cancer par l'extrait de chélidonium majus. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 11, 1896.) — Le cas décrit par Schmiguelsky concerne une femme de 49 ans chez laquelle la tumeur cancéreuse a récidivé après deux tentatives opératoires.

Le traitement employé par l'auteur consistait en badigeonnages, injections et administration à l'intérieur du chélidonium majus.

Pendant les premiers temps on n'a pu noter d'amélioration bien nette : la tumeur augmentait de volume, mais devenait plus mobile. Trois semaines après, la néoformation s'arrêta dans son développement, commença à se fractionner et à se cicatriser.

Depuis deux mois, la tumeur a diminué considérablement de volume; les symptômes subjectifs (des douleurs) ont disparu, et l'état général s'est nettement amélioré.

En ce qui concerne le mode d'administration, l'auteur administre à l'intérieur 1 gr. 5 à 4 grammes d'extrait de chélidonium majus pour 100 grammes d'eau, une cuillerée à soupe toutes les deux heures. Pour les badigeonnages, il emploie une pommade composée de la façon suivante :

Extrait de chélidonium.....	2 parties.
Glycérine.....	1 —

Si la tumeur est couverte de peau, il vaut mieux enlever cette dernière pour pouvoir agir directement sur la tumeur.

Pour les injections, on a recours à un mélange composé de deux parties d'extrait, une partie de glycérine et une partie d'eau. Ce mélange doit être fraîchement préparé pour chaque injection. On injecte une pleine seringue de Pravatz. Les badigeonnages exercent une action salutaire sur les parties molles de la tumeur et les injections sur les parties dures.

Il arrive souvent que les malades ont une certaine élévation de température et des douleurs; leurs forces diminuent également. Dans ces cas, l'auteur conseille de donner de l'antipyrine (60 centigrammes) et de la teinture éthérée de valériane (20 gouttes).

Les badigeonnages sont faits deux fois par jour; les injections : tous les deux ou sept jours, et même à des intervalles plus longs.

Dans le cas où le malade est très affaibli, le traitement interne est suspendu pendant quelques jours, mais le traitement externe est continué.

B. Taft.

Le goitre exophtalmique, par Riche. (*Thèse de Paris*, 1897.) — Le Dr Riche attribue les symptômes de la maladie de Basedow à l'excitation du sympathique cervical et considère que cette complication peut survenir au cours de toutes les formes du goitre. Le volume de la glande, ses connexions, sa sécrétion interne ne joueraient aucun rôle dans la pathogénie de cette complication. Si le goitre la détermine, c'est par les modifications qu'il amène dans le calibre et la circulation des artères thyroïdiennes inférieures, dont les rapports avec le cordon cervical sont parfois très intimes.

Le syndrome basedowien n'étant qu'une complication d'une affection chirurgicale ressortit donc à la chirurgie.

Il y a des basedowiens qui guérissent spontanément ou du moins qui s'améliorent assez pour ne réclamer aucune thérapeutique; les interventions chirurgicales ne sont pas assez anodines pour qu'on les applique à tous les cas. Mais une fois qu'il est certain que l'affection ne régresse pas, il ne faut pas hésiter à prendre le couteau.

Il faut traiter le goitre par la thyroïdectomie : on pratique la section du cordon cervical au niveau des artères thyroïdiennes inférieures.

G. Lyon.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement du goitre exophtalmique, par Schwartz, Tuffier, Poncet. (*Société de chirurgie*, 2 mars 1897.) — Dans une nouvelle et récente discussion sur le traitement chirurgical du goitre exophtalmique, à propos duquel nous rappelons la récente intervention de MM. Jaboulay et Jonesco (de Bucarest), M. Schwartz a communiqué l'observation d'une jeune malade qui a été complètement guérie de son affection par l'*extirpation partielle* intra-nucléaire. Comme détails, pendant l'opération, une hémorragie inquiétante s'étant déclarée, M. Schwartz songea à utiliser l'irrigation avec une solution d'antipyrine et réussit à l'arrêter. Après l'opération, la tachy-

cardie persista quelques jours, à tel point même qu'il fallut l'enrayer par de fortes doses de bromure (6 grammes par jour). M. Tuffier présente à son tour deux malades dont l'une a été guérie et l'autre améliorée par le traitement sus-indiqué, c'est-à-dire, la thyroïdectomie partielle. Mais M. Poncet, de son côté, appelle l'attention sur les accidents graves qui se produisent chez les opérés de thyroïdectomie soit partielle, soit totale, quelques jours après. C'est pour lui, du faux basedowisme, mais qui n'en est pas moins quelquefois mortel. Ce dernier chirurgien a perdu une malade qu'il avait traitée par l'exothyropexie simple cependant, et qui, quinze jours après l'opération, eut des accidents d'origine thyroïdienne, consistant en troubles nerveux variés avec fièvre vive. Pareille terminaison est rare, il faut le reconnaître. M. Poncet pense donc qu'il faut recourir au traitement chirurgical dans la maladie de Basedow avec accidents graves, puisque l'on rapporte des succès indéniables, mais qu'il est prudent, à l'exemple de Jaboulay (de Lyon), de sectionner préalablement les grands sympathiques et de réséquer le ganglion cervical supérieur. Les accidents consécutifs et la récidive seraient ainsi conjurés.

Aug. Benoit.

De l'empyème du sinus maxillaire, par J. Broeckaert. (*Belgique médicale*, 25 mars 1897, p. 358.) — L'empyème classique, tel qu'il a été décrit jadis dans tous les traités de chirurgie, est devenu une rareté : par contre, nombreux sont les cas où l'affection peut être dépistée de bonne heure, grâce aux méthodes nouvelles, qui permettent un diagnostic plus sûr et plus précoce.

Fréquente chez l'adulte, l'affection est excessivement rare chez l'enfant avant l'époque de la seconde dentition : passé cet âge, on la rencontre parfois chez eux dans des cas de coryza purulent, de rhinites atrophiques fétides ou de polypes occupant les cornets moyens. L'origine dentaire représente l'étiologie de beaucoup la plus commune : cependant l'empyème peut être consécutif à une affection nasale ou même constituer une affection primitive de nature tuberculeuse ou autre. Enfin les maladies infectieuses générales, surtout la grippe, jouent ici un rôle également important.

Beaucoup de cas de sinusite aiguë restent légers, passent inaperçus et guérissent spontanément. Le passage à l'état chronique ne s'observe guère qu'une fois sur dix.

La symptomatologie est très variable. Dans bien des cas, il n'existe qu'une céphalée rebelle sans cause apparente, une névralgie sus-orbitaire survenant périodiquement à heure fixe et que le moindre attouchement sur le trajet du trijumeau suffit à exaspérer, d'autres fois, le malade s'aperçoit lui-même de l'obstruction d'une narine par l'accumulation du pus, de l'odeur infecte qu'il dégage, etc. L'écoulement unilatéral du pus s'effectuant d'une manière intermittente, doit toujours faire penser à la possibilité d'une sinusite : il faudra, toutefois, faire le diagnostic avec un corps étranger ou un rhinolithe de la fosse nasale, avec de la tuberculose et de la syphilis du nez. Des troubles profonds de la santé générale peuvent résulter de la présence de l'empyème et ne disparaître qu'avec sa guérison. La stagnation du pus dans le sinus peut amener à la longue la nécrose et la carie et provoquer une infection méningo-cérébrale suivie de mort.

La présence du pus dans l'antre d'Highmore sera donc soigneusement recherchée, soit par les voies naturelles, soit par la ponction exploratrice.

On examinera la fosse nasale, on la nettoiera soigneusement et on l'assèchera, après quoi le malade sera placé dans la position de Frænkel, c'est-à-dire couché sur le ventre, sur une chaise, la tête en bas et inclinée légèrement sur le côté. La réapparition du pus en quantité assez abondante dans le méat moyen est un symptôme diagnostic important, mais pas exclusif, puisque le pus peut aussi bien provenir alors d'une suppuration du sinus frontal.

On a attaché une grande importance dans ces derniers temps à l'éclairage du sinus par transparence : la translucidité de l'antre permet généralement d'exclure la présence du pus : l'opacité n'a pas la même valeur positive. L'opacité de la pupille du côté malade présente plus de constance (signe de Vohsen-Davidsohn). Plus significatif encore est le manque de sensibilité lumineuse subjective du côté malade (Garel-Burger). Si ce mode d'exploration ne donne pas de signes suffisamment nets, il restera la ponction exploratrice du sinus, sauf le cas exceptionnel où l'irrigation de celui-ci par son orifice naturel serait possible. Cette ponction peut se faire soit par le méat inférieur, soit par le méat moyen, soit par une alvéole vide, soit par la fosse canine. L'auteur donne la préférence à la ponction par l'alvéole, si une molaire est absente ou atteinte de carie. Si toutes les dents sont saines, il ne faut pas hésiter à faire une ponction par le méat inférieur avec le trocart de Crause, procédé facile et non nuisible.

Le traitement ne doit être institué que dans les cas franchement chroniques, puisque la généralité des sinusites aiguës guérissent spontanément. On commencera par tenter des irriga-

tions par l'orifice naturel, après avoir débarrassé le nez des granulations, hypertrophie, polypes qui s'opposent à l'écoulement facile du pus.

La ponction par une alvéole sera faite au niveau d'une molaire malade, et, s'il en a le choix, de préférence, au niveau de la première ou de la deuxième petite molaire. Cette ponction est généralement très facile. Quelquefois il suffit même d'arracher la dent pour que la communication s'établisse. Une fois la perforation faite on pratiquera une large irrigation qu'on répétera au début, tous les jours ou tous les deux jours, selon la gravité des cas. On empêchera la pénétration des aliments dans le sinus, tout en maintenant son orifice ouvert au moyen d'un instrument approprié dont il existe de nombreux types, canule métallique, avec ou sans opercule, ou même le simple clou en caoutchouc durci. Dès que l'irrigation ne ramène plus qu'une très faible quantité de pus, au bout d'un ou deux jours de repos, on peut espacer davantage les injections. Quant, au bout d'une semaine entière, si on ne constate plus au nettoyage aucune trace de pus, on peut enlever le tube et laisser l'orifice artificiel se refermer tout en tenant le malade encore quelque temps en observation.

Cette méthode a donné à l'auteur des succès remarquables. Trois cas chroniques d'origine dentaire, à pus franchement fétide, datant de plusieurs mois ont été guéris ainsi après quelques rares irrigations, l'un, après deux lavages, un autre avec un seul. Le médecin devra pratiquer lui-même l'irrigation en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses ; c'est pour cela que la cavité devra être maintenue parfaitement close dans l'intervalle des lavages et qu'il faudra prescrire des lavages antiseptiques de la bouche après chaque repas. L'auteur insiste sur la nécessité de ne pas faire de lavages trop prolongés ni trop répétés.

Cependant des guérisons aussi rapides sont exceptionnelles : certains cas ne guérissent qu'au bout de plusieurs mois de traitement persévérant, d'autres restent stationnaires. Dans les cas rebelles, il ne reste plus qu'à recourir à la méthode radicale qui consiste à pratiquer une ouverture plus ou moins large à travers la fosse canine, et à nettoyer à fond la cavité avec des curettes appropriées. La résection d'une partie de la paroi externe de l'antre, pratiquée par quelques chirurgiens est une mesure de dernier ressort, amenant l'affaissement de la face et justifiable uniquement lorsqu'il y a carie de la région.

R. Blondel.

Contribution à l'étude de l'opération d'Estlander-Létiévant ; l'hémorragie au cours de cette opération, par Grosclaude. (*Thèse de Paris*, décembre 1886.) — Dans l'opération de Létiévant-Estlander, la résection costale sous-périostée permet d'épargner les vaisseaux.

En cas de section de ces derniers, l'hémostase est rendue facile par suite de l'étendue du champ opératoire et de l'absence des côtes.

L'hémorragie est généralement insignifiante par suite de périartérite ou d'endartérite amenant une obstruction plus ou moins considérable des vaisseaux. L'endartérite est d'autant plus prononcée que l'empyème est plus ancien.

G. Lyon.

De l'emploi du soufre sur les ulcères septiques et tuberculeux, par Miller. (*Practitioner*, février 1897, p. 160.) — Le soufre semble ne pas exercer d'influence délétère sur la santé du malade. Le soufre agit avec énergie comme caustique et doit être employé en petites quantités. L'agent le plus actif est vraisemblablement l'acide sulfurique.

Le soufre détruit tous les organismes. Il agit plus activement sur les surfaces récemment incisées que sur les surfaces granuleuses.

Le mélange avec la glycérine rend son action plus énergique et plus uniforme. Ce médicament doit être enlevé au bout de peu de jours. Vingt-quatre heures suffisent en général pour produire une action destructive sur une blessure récente.

L'auteur préconise l'emploi du soufre en poudre pour les plaies en largeur ; la solution glycérinée convient pour les plaies anfractueuses.

Le patient ressent une douleur cuisante que l'on peut calmer avec la cocaïne.

Les ulcères sont rapidement améliorés par cette médication énergique.

A. Chassevant.

Bicyanure de mercure dans la pustule maligne. (*Thérapeutique russe*, n° 1, 1897.) — Kedroff rapporte deux cas de charbon où il est arrivé à obtenir la guérison à l'aide de quelques injections sous-cutanées de bicyanure de mercure.

Il a eu recours à une solution de bicyanure de mercure au 1/100 et y a ajouté du salicylate de cocaïne (l'auteur n'indique pas la quantité de salicylate de cocaïne). Il injectait à la fois une demi seringue ou bien une seringue entière. La région malade est recouverte de compresses au sublimé ; dans un cas, il fut nécessaire de cautériser la pustule.

B. Taft.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON
Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Le suc pulmonaire, par BRUNET. (*Thèse de Bordeaux*, 1896.) — Différents faits et notamment l'observation de MM. Demons et Binaud, relative à un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique arrêtée dans son évolution par les injections de liquide pneumique, ont conduit le Dr Brunet à penser que le poumon, outre son rôle capital dans l'hématose, possède la propriété de verser dans le sang, des principes utiles à l'organisme entier et à lui-même. Si cette hypothèse est fondée, il doit se trouver des cas où il est indiqué de rendre à l'organisme la sécrétion qui lui fait défaut.

La préparation du suc pulmonaire exige les plus grandes précaution, L'animal de choix est le mouton. Aussitôt la bête abattue, on en retire les poumons dont on vérifie le bon état et on coupe en fins morceaux 20 grammes de tissu pulmonaire qu'on laisse macérer une demi-heure dans 60 grammes de glycérine; on ajoute 120 grammes d'eau distillée stérilisée et on fait macérer la tout de nouveau pendant une demi-heure. On filtre sur du linge, on introduit dans l'autoclave de d'Arsonval, auquel est adaptée une bougie Chamberland stérilisée, engainée dans un tube de verre effilé dont la pointe plonge dans un ballon stérilisé. On établit une pression de 5 à 6 atmosphères et on obtient ainsi un liquide parfaitement aseptique que l'on répartit en flacons stérilisés d'une contenance de 10 ou 20 centimètres cubes.

Injecté à la dose de 5 centimètres cubes ou de 10 centimètres cubes sur des cobayes de poids moyen, il produit les premières fois un peu de douleur et une élévation de température de 1 à 2°, dont le maximum a lieu 3 heures environ après l'injection. Ces effets s'atténuent rapidement et les animaux soumis pendant un mois à des injections répétées tous les 2 jours augmentent de poids plus que les animaux témoins. L'inoculation du suc pulmonaire à les cobayes rendus tuberculeux a toujours retardé la mort, d'autres animaux ayant été pris pour témoins. Le plus grand retard a été observé chez des animaux qui avaient reçu préventivement du suc pulmonaire.

Chez l'homme sain l'injection ou l'ingestion aux doses ordinaires, 5 à 10 centimètres cubes, ne provoque aucune réaction bien nette. Chez 10 malades elle a donné des résultats sensiblement concordants, témoignant de l'action favorable exercée par le suc pulmonaire.

Dans 5 cas de bronchite chronique avec emphysème, les signes physiques ont disparu en grande partie, l'expectoration s'est modifiée et de purulente est devenue fluide. Dans 2 cas de tuberculose torpide les lésions pulmonaires sont restées stationnaires, l'expectoration a diminué.

Une tuberculose à marche aiguë a paru un peu retardée dans son évolution.

Chez un homme atteint d'abcès du médiastin ouvert dans les bronches et qui crachait du pus toute la journée, l'administration du suc pulmonaire à la dose de 10 centimètres cubes par jour, le matin à jeun, a eu pour résultat de tarir progressivement la sécrétion purulente; deux fistules thoraciques béantes depuis six mois se sont fermées définitivement; cinq semaines après le début du traitement la guérison était complète.

Dans un cas de pleurésie purulente tuberculeuse, l'épanchement a diminué considérablement.

G. LYON.

Le traitement de la pneumonie d'après Petrescu, (*Wratsch*, n° 4, 1897.) — Voulant rechercher la valeur de la méthode de Petrescu, qui consiste, comme on le sait, dans l'administration de grandes doses de digitale, ROUBELLE fut obligé de suspendre la médication, car elle se montra non seulement inefficace mais même nuisible. Il administrait une infusion de feuilles de digitale à la dose de 4 grammes pour 90 à 120 grammes d'eau en vingt quatre heures. Le médicament était administré autant que possible au début de la maladie et deux jours de suite. La température tomba d'un degré ou d'un degré et demi au bout d'un ou de deux jours; mais la crise ne se produisit pas pour cela plus tôt. En outre, le processus inflammatoire suivit son évolution ordinaire et l'état général, malgré l'abaissement de la température, empira notablement. La digitale n'exerçait pour ainsi dire aucune action sur le pouls, du moins jusqu'à l'apparition de l'apyrexie; la pression sanguine diminuait. Dans un cas, le pouls devint tellement petit qu'on craignit le collapsus.

A la fin de son travail, Roubelle passe en revue les différentes observations se rapportant à la méthode de Petrescu, et il montre que les éloges enthousiastes dont on a couvert cette méthode, ne résistent pas à un examen critique sérieux. Mieux que cela, l'étude attentive de ces observations parlerait contre l'utilité et l'efficacité de cette méthode.

B. TAFT.

Du point de côté chez les artério-scléreux et de la sténose des artères intercostales, par A. Weber. (*Journal des Praticiens*, 30 janvier 1897.) — On a souvent l'occasion de résoudre le problème clinique suivant : Un malade vient consulter pour « un point de côté » ; il ne se plaint d'aucun trouble fonctionnel. Il est apyrétique, ne tousse pas et l'examen physique ne révèle, à première vue, aucune affection latente. Ce n'est pas un rhumatisant avéré, ce n'est pas non plus un nerveux.

La douleur est contuse, profonde, à exacerbations passagères et irrégulières, elle est localisée par le malade à l'un des côtés du thorax et siège tantôt vers la ligne axillaire, souvent aussi au niveau de la gouttière vertébrale et un peu en dehors. Cette douleur spontanée est peu réveillée par la pression.

Névralgie intercostale, rhumatisme musculaire; tels sont le plus souvent les diagnostics portés. On conseille alors des révulsifs *loco dolenti*, ou bien l'hydrothérapie. A l'intérieur, la quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude sont administrés inutilement ou ne procurent qu'un soulagement incomplet et passager.

Certaines particularités cliniques ont été relevées par Weber chez les malades atteints de semblables points de côté. Ce sont :

1° L'âge avancé des malades;

2° L'état habituel d'hypertension artérielle;

3° Des signes d'induration des artères périphériques, des manifestations symptomatiques d'un état spasmodique des artères, telles que le doigt mort, la syncope locale, les accès de pâleur, des crampes musculaires, et parfois des accès d'angine de poitrine;

4° Le siège constant du « point de côté » entre le quatrième et le huitième espace intercostal, tantôt en avant vers l'aisselle, tantôt en arrière dans le voisinage de la colonne vertébrale;

5° Le caractère angoissant de la douleur, la sensation de poids, de constriction ordinairement signalée chez les malades;

6° L'influence de la position, des mouvements thoraciques et des efforts musculaires en général sur la production d'accès douloureux;

7° La délimitation habituellement circonscrite de la région douloureuse.

Enfin l'efficacité constante des médicaments vaso-dilatateurs, et en particulier, de la trinitrine et des iodures.

Il existe donc un syndrome clinique que l'on peut appeler le point de côté des artério-scléreux, qui est dû sans doute à une ischémie vasculaire par spasme de l'artère intercostale. Son diagnostic est aisé quand il s'agit d'un malade manifestement artério-scléreux; il présente des difficultés quand l'artério-sclérose est encore latente.

Le traitement consiste dans l'emploi de la trinitrine et des iodures.

G. Lyon.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Ex-président de la Société française d'ophtalmologie.

Traitement du trachome par l'iode. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 1, 1897.) — Yakovleff a employé l'iode dans 144 cas qui se décomposent ainsi : 77 cas assez graves, 49 cas de gravité moyenne et 19 cas peu graves.

L'action bienfaisante de l'iode s'est manifestée d'une façon certaine dans tous les cas; 50 malades dont le traitement est complètement terminé sont parfaitement guéris.

En ce qui concerne la méthode de traitement, elle est d'une très grande simplicité. On procède de la façon suivante : les deux paupières étant retournées, on fait des badigeonnages de la conjonctive à l'aide d'une allumette dont le bout est entouré d'une couche d'ouate trempée dans une solution d'iode. (Solution d'iode pur dans de l'huile de vaseline blanche à laquelle on ajoute de l'éther sulfurique. La concentration de la solution iodée varie suivant les cas.) Les badigeonnages faits, les paupières sont remises dans leur position normale, les malades restent chez le médecin cinq à dix minutes, jusqu'à ce que les phénomènes d'irritation — brûlure, salivation — aient disparu.

L'auteur résume son travail par les conclusions suivantes :

1° Une solution d'iode dans de l'huile de vaseline peut procurer la guérison dans tous les cas de trachome, quelle que soit sa gravité;

2° Le même agent thérapeutique guérit le pannus trachomateux;

3° Les cicatrices trachomateuses se ramollissent sous l'influence de solutions iodées.

B. Taft.

Traitement de la kératite suppurée par l'ésérine. (*Egenedelink*, n° 7, 1897.) — Rosoff considère l'ésérine comme un agent thérapeutique très efficace dans le traitement de la kératite suppurée qui se développe à la suite d'une conjonctivite diphtéritique, d'un trachome suraigu ou d'une infection blennorrhagique.

Dès que les premiers symptômes de kératite font leur apparition, Rosoff cherche d'abord à

soustraire l'œil malade à l'action du froid, qui exerce une action des plus nuisibles et contribue à la destruction de la cornée. Le cul-de-sac conjonctival est lavé avec des solutions antiseptiques (acide borique) tièdes, six fois en vingt-quatre heures.

Si la maladie est de nature blennorrhagique, on cautérise la conjonctive avec une solution à 2 ou 3 0/0 de nitrate d'argent. Enfin, ceci fait, on instille dans le cul-de-sac conjonctival, deux à trois fois par jour, une goutte de solution de sulfate ou de salicylate d'ésérine. Ces instillations sont faites jusqu'à la disparition des phénomènes dangereux du côté de la cornée.

Si l'on constate qu'il y a danger d'une iritis, les instillations d'ésérine ne sont faites qu'après l'instillation (une fois par jour) d'une ou deux gouttes de solution concentrée d'atropine.

Suivant les cas, on a recours, outre les instillations d'ésérine, à d'autres moyens thérapeutiques.

B. Taft.

Traitement électrique dans les affections du nerf optique (névrite rétro-bulbaire). (*Ejenedelnik*, n° 5, 1897.) — Yarochewsky rapporte le cas d'un petit garçon âgé de 18 mois qui est devenu aveugle à la suite d'une affection cérébrale non déterminée et accompagnée d'un état fébrile, de vomissements et de convulsions généralisées.

L'enfant fixait un point avec les yeux largement ouverts, les pupilles étaient excessivement dilatées. L'examen ophtalmoscopique n'a montré aucune modification du fond de l'œil. L'auteur a posé le diagnostic de névrite rétro-bulbaire survenue à la suite de la méningite.

Après avoir traité le petit malade pendant six semaines par de l'iodure de sodium sans résultat, Yarochewsky eut recours à l'électricité. Il électrisait les nerfs oculaires avec le courant continu dont l'intensité était de 0,2 à 0,4 milliampères; l'anode était mise sur la région occipitale et la cathode sur le globe oculaire dont les paupières étaient fermées. Les séances avaient lieu tous les deux jours et duraient environ deux minutes (une minute pour chaque œil).

Après dix-huit jours de traitement, l'enfant réagissait déjà à la lumière, celle d'une allumette, par exemple, mais il ne distinguait pas encore les objets. Le traitement fut continué encore pendant quatorze jours, et la vue redevint normale.

Malheureusement, l'enfant fut repris de convulsions qui montrèrent que le processus pathologique dans le cerveau n'avait pas encore complètement terminé son évolution.

Ajoutons que, pour l'auteur, l'utilité du traitement électrique est démontrée par ce fait que l'amélioration de la vision s'arrêtait dès qu'on suspendait le traitement et qu'elle s'accentuait de nouveau avec de nouvelles séances.

B. Taft.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX

Ancien chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Traitement d'urgence de l'otite moyenne aiguë, par Lermoyez. (*Presse médicale*, n° 16, p. 83, 1897.) — L'otite a toujours pour point de départ une inflammation nasale. Donc, en traitant soigneusement le coryza aigu, on fait la prophylaxie de l'otite. Pour cela quatre indications sont à remplir :

1° Mettre avant tout le malade à *l'abri des refroidissements*. S'il s'agit d'un enfant, qu'on le maintienne à la chambre, au lit même, avec des bottes d'ouate autour des jambes, surtout si lors des coryzas antérieurs il y a eu menace ou réalisation de complications auriculaires;

2° Pratiquer l'*antisepsie des fosses nasales* :

a) Chez l'*enfant*, en introduisant plusieurs fois par jour dans les narines, à l'aide d'une petite cuiller, la tête étant renversée en arrière, quelques gouttes de :

Huile d'amandes douces..	50	grammes.
Menthol cristallisé.....	1	—

b) Chez l'*adulte*, en instillant le même mélange, ou en faisant priser une poudre ainsi composée :

Acide borique.....	16	grammes.
Salol.....	4	—
Menthol.....	25	centigr.
Chlorhydrate de cocaïne..	50	—

3° Prescrire au besoin une bonne dose de sulfate de quinine, et même un laxatif;

4° Et surtout éviter tout ce qui aurait pour effet de projeter dans l'oreille moyenne, par la voie tubaire, quelque embolie de mucosité septique venue du nez. Donc recommander au malade de ne se moucher qu'avec la plus grande douceur, et surtout de s'abtenir de toute irrigation nasale.

On doit d'autre part considérer comme un malade tout individu, tout enfant surtout, qui respire par la bouche. Il s'agit en effet d'une lésion, végétations adénoïdes ou rhinite hypertrophique le plus souvent, nid d'otites qui n'attendent pour éclore que le passage d'un coryza

qui les réchauffe. Cet enfant devra être sans retard envoyé au spécialiste pour être opéré, *à froid*.

Quand l'otite est déclarée il ya pour le médecin un triple devoir :

1° *Instituer un traitement abortif* qui amène la résolution du processus otitique avant qu'il ne suppure ;

2° S'opposer à la *rétention du pus* et pour cela ouvrir franchement le tympan, par une large *paracentèse*, ce qui, séance tenante, fait cesser toute douleur et prévient les fusées purulentes ;

3° Enfin, *prévenir les infections secondaires*, en faisant l'antisepsie du nez et de la gorge et surtout du pavillon et du conduit auditif.

Indiquons maintenant ce qu'il faut faire. La conduite à tenir varie suivant que l'on a été appelé avant la suppuration ou pendant la suppuration.

Avant la suppuration. — 1° Il faut d'abord calmer les douleurs et songer ensuite à l'avenir, c'est-à-dire antiseptiser le conduit auditif pour que si le tympan vient à s'ouvrir et à être ouvert, l'oreille moyenne communique avec une cavité aseptique. Il y a un mélange qui à la fois répond à ces deux indications, analgésique et antiseptique. C'est la glycérine phéniquée à 1/10 chez l'adulte, à 1/20 chez l'enfant. Trois fois par jour on fait tiédir une dizaine de gouttes de ce mélange dans une petite cuiller et on en remplit le conduit, que l'on maintient bouché avec un petit tampon d'ouate boriquée.

Si ce moyen est insuffisant, on peut obtenir une accalmie parfois prolongée, en donnant un bain local de dix minutes avec dix gouttes de la solution suivante, introduite dans l'oreille aussi chaude qu'on pourra le supporter :

Eau phéniquée à 1/100...	10	grammes.
Chlorhydrate de cocaïne .	2	—
Sulfate neutre d'atropine.	5	centigr.

à condition que le tympan ne soit pas encore perforé.

Il faut bien se garder de pratiquer des injections dans le conduit et de donner des douches d'air par le nez.

2° Si les douleurs persistent, on tâche d'activer la résolution en appliquant sur le pavillon et sur la région mastoïdienne préalablement désinfectés, des compresses imbibées d'eau boriquée chaude ou de solution à 1/500 de phénosalyl : on les recouvre de taffetas gommé et on change de pansement toutes les quatre heures.

Si la base de l'apophyse mastoïde devient très douloureuse à la pression, en même temps que le doigt imprime un léger godet d'œdème dans la peau rétro-auriculaire, on applique en permanence une vessie de glace sur l'apophyse mastoïde, tout en continuant dans le conduit auditif les instillations de glycérine phéniquée très chaude.

3° Toujours pour calmer la douleur on prescrit les analgésiques : antipyrine, 2 à 3 grammes et sulfate de quinine, 1 gramme. On procure le sommeil à l'aide du chloral ; l'opium déterminerait une fluxion céphalique.

4° La *dérivation* n'est pas à négliger. Un purgatif salin, des bains de pied chauds, souvent répétés, décongestionnent la tête.

5° L'antisepsie nasale ne doit pas être négligée pendant ce temps. On continue l'emploi de l'huile mentholée ou de la vaseline salolée et on prescrit des gargarismes antiseptiques aussi chauds que possible :

Acide phénique pur.....	2	grammes.
Résorcine.....	10	—
Alcool de menthe.....	20	—
Sirop diacode.....	80	—
Eau de laitue.....	400	—

Chez les enfants on remplacera les gargarismes par des badigeonnages du pharynx, pratiqués deux ou trois fois par jour avec de la glyrine résorcinée à 1/20.

6° Si le malade a de la fièvre, s'il souffre beaucoup, il doit garder le lit.

Dans bien des cas, principalement chez les enfants, ce traitement exécuté strictement amènera la cessation des accidents et préviendra la suppuration. Cependant, si au bout de quarante-huit heures au plus d'application permanente de glace, de traitement sédatif, les douleurs persistent ou s'accroissent, il faut, sans hésitation, pratiquer la *paracentèse du tympan*.

Pendant la suppuration. — On a été appelé trop tard, ou bien, malgré le traitement, le tympan s'est perforé ; ou bien encore on a été conduit à faire la paracentèse du tympan ? Quelle doit être dès lors la conduite à tenir ?

Deux indications nouvelles se présentent : éviter la rétention du pus, éviter les infections secondaires.

Pour parer à ces dernières on continue le traitement antiseptique de la gorge et du nez déjà indiqué et d'autre part on fait l'antisepsie de l'oreille au moyen des *injections de liquide dans le conduit*, des *douches d'air par le nez*. On se sert, pour les injections, à défaut d'une seringue stérilisable, d'une petite poire en caoutchouc, que l'on aseptise par un séjour de quelques heures dans la liqueur de Van Swieten et comme liquide on utilise l'eau boriquée bouillie et tiède. Il faut avoir soin de faire l'injection avec douceur.

Le liquide ne pénètre pas dans l'oreille moyenne; pour vider celle-ci, il faut donner la douche d'air.

Ce pansement, injections et douches d'air, sera répété, en moyenne, deux fois par jour; il doit *être fait par le médecin lui-même.*

Dans l'intervalle des pansements, le conduit sera rempli de glycérine phéniquée aux doses déjà indiquées, bouché avec une lanière de gaze aseptisée ou boriquée, enfoncée assez profondément, et le pavillon sera recouvert d'une couche d'ouate boriquée, maintenue par un léger bandage.

La nuit, le patient devra se coucher sur l'oreille moyenne pour faciliter l'écoulement du pus.

Ce traitement devra être continué pendant deux ou trois semaines, c'est la durée ordinaire de l'otite aiguë qui suppure.

Si l'écoulement diminue, on espace les injections (une tous les deux ou trois jours), on remplace le bain de glycérine phéniquée par des intillations biquotidiennes d'alcool boriqué tiède à 1/50 et on suspend les douches d'air. On continue seulement l'antisepsie de la gorge et du nez.

Si en pleine période aiguë l'écoulement se réduit et se tarit, si la douche d'air ne fait plus entendre le sifflement caractéristique et si la douleur d'oreille reparaît, c'est qu'il y a fermeture précoce de l'orifice tympanique et dans ce cas on doit immédiatement faire la paracentèse du tympan.

G. Lyon.

Traitement de l'otorrhée chronique par le tétraborate de soude. (*Deutsche med. Zeitung*, 21 décembre 1896.) — Le Dr Kafemann a traité près de mille cas d'otorrhée chronique simple par le tétraborate de soude (Janicke), obtenu en chauffant ensemble de l'acide borique, du borax et de l'eau, parties égales. Le refroidissement provoque la formation de masses cristallines neutres, solubles dans l'eau froide au taux de 16°, et en toutes proportions dans l'eau bouillante. La solution ainsi obtenue ne cristallise que lentement après refroidissement, ce qui permet l'emploi de solutions à 50 0/0 et davantage : la solution à 75 0/0 est la plus efficace.

On commence par laver soigneusement la caisse, on sèche avec de l'ouate stérilisée, on détruit les granulations s'il y a lieu, et on instille ensuite le médicament dont la solution est toujours préparée au moment de s'en servir : on empêchera par tamponnement la sortie trop rapide du liquide, qui sera utilisé à 60° centigrades environ. Le tampon obturateur ne sera enlevé qu'au bout de vingt-quatre heures, et l'opération renouvelée à ce moment.

Les résultats obtenus tiendraient du prodige : en général, l'affection est guérie en cinq à six jours, même dans les cas très anciens. Il faut toujours continuer les instillations quelques jours après la guérison.

E. Vogt.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Traitement des engelures. (*Journ. de méd. de Paris*, p. 104, 1897.) — G. Lévy indique un procédé imaginé par lui et fondé sur une idée théorique. Il consiste à faire plonger dans l'eau très chaude les extrémités atteintes, jusqu'au delà de la lésion. Après quelques instants, quatre ou cinq minutes par exemple, la main ayant été essuyée, on pratique le massage de la région affectée, en ayant soin simplement d'intéresser toutes les parties malades.

S'il s'agit d'une engelure au doigt, le masseur agira en répétant le geste par lequel on revêt un doigt de gant un peu étroit: si l'œdème siège au dos de la main, masser avec l'extrémité du pouce.

Les seules indications un peu spéciales à formuler sont de faire, après bain local très chaud de quelques minutes, des frictions dans le sens de la circulation, de prendre un point de départ situé au-dessous du siège du mal et de remonter un peu au-dessus de lui. Les séances, d'une durée de cinq à dix minutes, seront répétées deux ou trois fois par jour. Bien rarement les engelures résistent plus de trois ou quatre jours à ce traitement, soit trois quarts d'heure environ en totalité.

Lorsqu'il y a des ulcérations, celles-ci gênent naturellement le massage. On les traitera comme des plaies en massant ou non les régions œdématiées circonvoisines; après leur guérison, on traite comme les engelures non ulcérées.

Rien n'empêche évidemment d'ajouter à l'eau du bain un peu d'alcool camphré, d'ichtyol, lysol, etc., qui ne font aucun mal, mais aucun bien non plus; « c'est faire là de la parfumerie à rebours, mais ce n'a pas d'autre avantage. » L'addition de baume du Commandeur a du moins l'agrément d'une bonne odeur; l'addition de carbonate de soude rendra la peau plus glis-

sante et facilitera le massage en permettant de ne pas employer de corps gras.

Le mode d'action est aussi simple à comprendre que la méthode elle-même.

Les engelures se produisent toujours, selon l'auteur, par le mécanisme suivant : sous l'influence du froid, les vaisseaux subissent une contraction d'autant plus forte que ces vaisseaux sont plus éloignés des centres circulatoires : cœur, grosses artères, qu'ils sont plus petits, plus noyés dans un tissu lâche et dépressible comme le tissu cellulaire. A cette contraction le passage à la chaleur fait succéder une dilatation passive. A preuve, cette sensation bien connue que donne aux mains le contact de la neige en quantité un peu massive : sensation de froid produite par la contraction des vaisseaux et immédiatement après sensation de chaleur vive due à la dilatation des mêmes vaisseaux. Des alternances constantes de ces modifications, comme cela arrive en hiver, fatiguent plus ou moins rapiment suivant le temps et les sujets (lymphatisme, athérome), les vaisseaux des régions périphériques et l'état de paralysie permanente s'établit. Les infiltrations œdémateuses dans le tissu cellulaire, puis les ulcérations s'établissent, succédant à la simple rubéfaction et l'engelure est constituée avec ses différents degrés.

Les bains chauds et le massage neutralisent ces effets, suivant un mode inverse.

Les vaisseaux se dilatent sous l'influence de la chaleur. Si alors interviennent les frictions dans le sens du courant veineux, c'est-à-dire le massage, les liquides épanchés dans la trame du derme sont entraînés dans le torrent circulatoire, et cela d'autant plus facilement, que non seulement les vaisseaux sont élargis, mais outes les mailles de la trame.

Avec la cause, les effets disparaissent, c'est-à-dire les troubles subjectifs et objectifs de l'engelure.

M. G. Lévy est tellement sûr de sa méthode qu'une seule séance de massage, dit-il, suffirait à éloigner les engelures, si elles apparaissaient ailleurs qu'aux mains et étaient prises dès le début.

MOREL-LAVALLÉE.

Sur le traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de mercure, par H. HALLOPEAU et G. BUREAU. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 janvier 1897.) — Le salicylate de mercure a été introduit en thérapeutique par Silva de Aranjo, puis employé par Bruno Chaves, Eicherdlinden, Jadassohn, Blasecko, Petersen, Neumann, etc. Le Pr Tarnowski l'a, à lui seul, utilisé plus de cent soixante-seize mille fois.

MM. Hallopeau et Bureau ont adopté, en la modifiant légèrement, la pratique de M. Tarnowski.

Voici leur formule :

Salicylate de mercure....	4	grammes.
Huile de vaseline.....	30	—

Chaque centimètre cube renferme environ 13 centigrammes de salicylate de mercure.

Le liquide est préparé de la façon suivante : Le salicylate de Hg porphyrisé, lavé à l'alcool bouillant et séché à l'étuve, est trituré dans un mortier stérilisé avec la quantité déterminée d'huile de vaseline, et le tout introduit dans un flacon également stérilisé. Le liquide doit être récemment préparé, et le salicylate de Hg bien porphyrisé pour qu'il n'obstrue pas la lumière de l'aiguille pendant l'injection.

Pour faire celle-ci on se sert de la seringue de Strauss et d'une longue aiguille en platine iridié. L'injection est pratiquée en plein milieu de la fesse et profondément dans les muscles; elle ne doit être faite ni trop haut, ni trop près de la gouttière rétro-trochantérienne, car, dans ces cas, elle est plus douloureuse pour le malade.

On injecte chaque fois un demi-centimètre cube de la solution et l'on pratique généralement à chaque malade deux injections par semaine, ce qui fait une dose de 13 centigrammes de salicylate de Hg.

Le nombre des malades traités s'est élevé à cent quarante-huit, qui ont reçu trois cent quarante injections. Aucun accident ne s'est produit, deux malades seulement ont eu des stomatites sans gravité. Les nodosités consécutives aux injections n'ont causé qu'une gêne insignifiante.

Les effets produits ont été en général des plus satisfaisants; ils ont été presque toujours manifestes dès la troisième ou la quatrième piqûre. Hallopeau et Bureau ont vu les papules s'affaisser promptement, les ulcérations cutanées se cicatriser, les cheveux repousser rapidement dans des cas d'alopécie en clairière, les signes d'iritis disparaître en peu de temps; fait remarquable, dans deux cas une albuminurie intense a disparu après un petit nombre d'injections. Ce trouble fonctionnel est donc loin de constituer une contre-indication à ce mode de traitement quand il est d'origine syphilitique.

G. LYON.

Le traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de sels de mercure, en Angleterre, par LANE. (*British medical Journal*, 12 décembre 1896.) — L'auteur, qui a expérimenté la méthode de Baccelli à l'hôpital Lock, de Londres, considère cette méthode comme bien su-

périeure à toutes les autres. Il s'est servi d'une solution de cyanure de mercure à 1 0/0, dont il injectait environ quart de gramme. Les injections étaient faites journellement. Le nombre des cas traités s'est élevé à 76 et les injections ont atteint le chiffre de 1,000.

Les injections étaient faites dans la veine médiane basilique; jamais on n'a constaté de phlébite à leur suite.

Les avantages que leur reconnaît Lane sont l'absence de douleur et de réaction locale, et la rapidité d'action qui en justifie l'emploi dans la syphilis cérébrale.

G. Lyon.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

L'hématocatharsis dans les pyélites et les hémorragies, par Delbet. (*Presse médicale*, 6 janvier 1897.) — Dans les pyélites graves l'élément toxémique est un des plus immédiatement menaçants. Les injections salines peuvent agir contre cet élément dans les pyélites comme dans toute autre maladie; d'autre part, en raison de la polyurie qu'elles déterminent, elles exercent une action spéciale sur la pyélite.

Chez un malade atteint de pyélo-néphrite avec température très élevée (40°) l'injection intraveineuse de 1,500 centimètres cubes de solution saline dans le tissu cellulaire à 37°,2 a ramené la température à la normale au bout de deux jours et fait disparaître la pyurie.

G. Lyon.

Traitement du phimosis congénital. (*Presa medicala romana*, 6 février 1897.) — Le Pr Romniceano a observé, en dix-huit années de pratique, la forme *hypertrophique* complète dans 10 cas, presque complète dans 5, incomplète dans 120; la forme *atrophique* incomplète dans 24 cas, presque complète dans un cas.

Les accidents dépendant du phimosis qu'il a été amené à constater sont les suivants :

Balanites et balano-posthites, 24 cas; calculs vésicaux, 9 cas; rétention d'urine, 10 cas; urétrite, 7 cas; maladies vénériennes, 7 cas; calculs de l'urètre, 5 cas; paraphimosis, 8 cas; accidents d'ordre réflexe, 3 cas; calculs de la poche préputiale, 3 cas; prolapsus du rectum, 3 cas; urétrite et orchi-épidydimite, 2 cas; cystite, 1 cas.

Quant aux adhérences du prépuce au gland, regardées généralement comme physiologiques, l'auteur ne les croit pas aussi fréquentes qu'on l'a dit. Rarement elles s'étendaient sur tout le pourtour du gland. L'auteur explique leur formation par des ulcérations provoquées sur la muqueuse de l'orifice du prépuce par le gland qui tend sans cesse à dilater celui-ci : elles sont encore facilitées par ce fait que la muqueuse est devenue plus friable grâce à l'irritation que créent à sa surface la fermentation du smegma et celle de l'urine séjournant dans la poche préputiale. Ces adhérences sont parfois très intimes et ne peuvent être séparées qu'avec effraction et petite hémorragie. Dans ces cas, si l'on ne prenait pas la précaution après la circoncision de laisser le prépuce en arrière du gland, on s'exposerait à voir les deux muqueuses se réunir et les adhérences se rétablir à nouveau; de plus on peut assister à la formation d'un phimosis incomplet et atrophique, quand, après une circoncision n'ayant intéressé qu'une petite portion du prépuce, on n'a pas eu soin de fendre la muqueuse non seulement sur le dos de la verge, mais aussi sur les côtés (ceci surtout lorsque l'orifice préputial a été rétréci par de fréquentes inflammations antérieures).

Il est donc prudent, avant de pratiquer l'excision du prépuce, d'introduire un stylet sous celui-ci, et de décoller les muqueuses avant de placer la pince de Reverdin. Sans cette précaution, on risquerait d'enlever une partie de la muqueuse du gland. L'auteur recommande, après la circoncision, de panser la plaie avec une pommade à l'oxyde de zinc et à la cocaïne. Il insiste sur la rigidité de l'anneau fibreux qu'on peut trouver à l'orifice du prépuce, anneau dû à un processus de sclérose, consécutif aux inflammations répétées dont cette région devient le siège.

La stagnation de l'urine, phénomène presque constant chez les sujets atteints de phimosis, peut déterminer des phénomènes locaux, ou de l'action à distance.

Localement, il peut se produire de l'inflammation que l'auteur a observée sous deux formes, l'une légère, aboutissant à la formation d'un peu de muco-pus et qui peut passer facilement inaperçue, l'autre, violente, accompagnée d'urétrite (dix cas) et même d'orchi-épidydimite : l'auteur a trouvé le gonocoque dans le pus de plusieurs de ces urétrites dont la durée a été souvent longue et en général proportionnelle surtout au degré de faiblesse constitutionnelle du sujet. Dans un cas seulement il y a eu cystite. M. Romniceano a observé dix fois la rétention d'urine provoquée par les douleurs au moment de la miction : dans trois cas il a trouvé des calculs prépuciaux. Quant à l'incontinence d'urine, souvent mise sur le compte du phimosis, l'auteur

ne l'a jamais observée dans cette affection qu'il a, par contre, trouvée chez de jeunes israélites circoncis.

Quant aux hernies, l'auteur, sur ses cent soixante cas de phimosis, n'en a observé que six cas (inguinales et ombilicales). Il ne croit pas, comme Baginski, que la guérison du phimosis fasse disparaître en même temps la hernie. Il voit dans la coexistence de ces deux difformités, les conséquences d'une même tendance générale à l'arrêt de développement chez le fœtus. Romniceano conteste également toute relation entre l'hydrocèle et le phimosis, relations imaginées par Jarjavay, Smid et Karewski. Sur vingt-cinq cas d'hydrocèle, il n'en a trouvé que cinq accompagnés de phimosis. Les troubles nerveux, convulsions épileptiformes, spasmes musculaires, troubles ataxiques, paralysie, sont rares, bien que l'auteur les ait observés trois fois. La circoncision a amené une guérison immédiate.

Pour qu'un phimosis incomplet ne devienne permanent, et pour empêcher les adhérences de se former ou de se consolider, l'auteur élargit peu à peu l'orifice préputial, sans violence, par des tractions digitales, en recommandant une grande propreté du gland. Il ramène ainsi pour un instant, le prépuce en para-phimosis, en ayant soin d'appliquer sur le gland, avant de ramener le prépuce, une couche de vaseline et d'oxyde de zinc. Il met en garde contre l'emploi de l'iodoforme qui provoque des érythèmes et ne prévient pas le retour des adhérences.

La dilatation du prépuce à l'aide d'une pince, n'est pas recommandable. Elle demande longtemps pour réussir; les instruments effrayent les enfants qui s'agitent et rendent la manœuvre difficile: la muqueuse préputiale peut se trouver déchirée irrégulièrement et sa rétraction fibreuse, après cicatrisation, amène un rétrécissement pire que le phimosis primitif.

La circoncision reste le traitement de choix. L'auteur ne pense pas que le jeune âge soit une contre-indication: l'organisme vierge des enfants les met à l'abri de bien des complications; il suffit d'enduire le gland de pommade à l'oxyde de zinc et à la cocaïne pour le préserver du contact brûlant de l'urine et quant à la rétention urinaire par peur des douleurs, il suffit, suivant l'auteur, d'agir sur l'enfant par la suggestion ou intimidation en le menaçant du cathétère s'il n'urine pas.

L'auteur n'excise qu'une portion du prépuce; il pense que l'étroitesse de l'orifice préputial est due en grande partie à la muqueuse et très peu à la peau: d'autre part, par son procédé, on ne risque pas de voir plus tard, lorsque le gland aura acquis son complet développement, le prépuce demeurer trop court pour le recouvrir. L'hémorragie nécessite rarement la ligature des vaisseaux. Le fait ne s'est présenté que lorsqu'on opérait en pleine période inflammatoire: mais le plus souvent elle s'arrête spontanément sans pince ni ligature. Les fils sont enlevés au cinquième ou au sixième jours. Ce sont des fils de soie, préférables au crin de Florence qui rend les pansements difficiles. Pour enlever ces sutures, il faut quelquefois donner du chloroforme afin d'éviter, si l'enfant s'agite, le décollement des lèvres de la plaie et l'hémorragie. La guérison n'a jamais demandé plus de huit à dix jours, lors même qu'il s'agissait d'enfants de moins d'un an.

R. Blondel.

De la suture de la vessie dans la taille sus-pubienne. (*Travaux de la Société de médecine russe de Moscou*, 1897.) — Avsitidisky estime que la suture à étages, quel que soit le procédé employé, exerce une action défavorable sur la circulation dans les tissus situés sur la ligne de la suture et s'oppose ainsi à la réunion rapide de la plaie. Cette considération a une importance particulière dans les cas où les parois de la vessie ne sont pas tout à fait normales.

D'après l'auteur, on peut obtenir la fermeture parfaite de la plaie de la vessie avec la suture à un étage, à la condition que celle-ci soit faite aussi profondément que possible et traverse la couche musculaire.

La suture à un étage a encore cet avantage qu'elle est simple et qu'elle évite l'application des pinces, qui peuvent déterminer des altérations de la paroi.

En ce qui concerne les matériaux de suture, l'auteur préfère le catgut préparé convenablement (stérilisé, par exemple, dans l'alcool bouillant).

L'auteur cite deux cas où il a eu recours à la suture à un étage. Il s'agissait d'enfants âgés de 1 an et demi et de 2 ans. Le résultat a été excellent.

B. Taft.

De la taille sus-pubienne. (*Wratsch*, n° 5, 1897.) — Romme a appliqué cette méthode opératoire sur 28 malades dont 24 ont guéri; des quatre autres, un seulement est mort des suites de l'opération. La suture de la vessie a très bien pris dans 11 cas; dans 2 cas seulement, sur les 13 autres, l'urine s'était montrée le deuxième jour. L'auteur résume comme il suit, les avantages de la taille sus-pubienne:

1° C'est la voie la plus simple et la plus directe; le champ opératoire est à découvert, on n'opère pas aveuglément.

2° L'incision de la vessie peut être plus ou moins longue suivant le besoin, sans blesser les organes voisins; la dilatation de la plaie n'entraîne aucune conséquence fâcheuse, car l'incision n'intéresse ni le col de la vessie ni l'urètre.

3° L'intérieur de la vessie peut être inspectée directement; toute complication peut être diagnostiquée sur-le-champ, ce qui permet de recourir aussitôt aux moyens nécessaires pour les combattre.

4° La plaie vésicale peut être suturée: elle peut se cicatriser par première intention.

5° La plaie vesicale peut se cicatriser sans qu'on l'ait suturée; ce n'est que dans les cas où la suppuration vésicale est compliquée par l'inflammation du bassinet et du rein que la cicatrisation spontanée ne se produit pas.

6° L'incision transversale de la vessie est préférable; on peut la faire, même si l'incision du tégument cutané est longitudinale: il suffit pour cela de distendre la plaie par des écarteurs.

7° Dans un certain nombre de cas on peut permettre aux malades d'uriner spontanément.

B. Taft.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Ovariotomie vaginale. (*Wien. med. Woch.*, janvier 1897.) — Schauta fait ressortir les progrès réalisés par la gynécologie depuis que se pratiquent les interventions par la voie vaginale, moins dangeureuse, et évitant la cicatrice abdominale. La voie vaginale est surtout indiquée pour les opérations sur les annexes atteintes d'affections gonorrhéiques.

En Allemagne la voie vaginale a été difficilement adoptée à cause de la répugnance pour les pinces à demeure. Schauta préconise l'emploi des ligatures. Il opère aussi par la voie vaginale et par morcellement des fibromes dont le développement n'atteint pas l'ombilic, de même que les grossesses extra-utérines dans les premiers mois. Il réserve la laparotomie pour l'enlèvement des annexes adhérentes aux intestins, pour les gros myômes, les grossesses extra-utérines avancées et les tumeurs ovariques adhérentes.

Au début on réserva l'ovariotomie vaginale pour les petits kystes. Bumm, le premier, publia en 1895 cinq cas de kystes volumineux opérés par cette voie. Schauta, à l'heure actuelle, en a opéré 23, dont le volume a varié d'une tête d'homme à la capacité de toute la cavité abdominale, et contenant de 10 à 15 litres de liquide. La condition essentielle pour l'opération est l'absence d'adhérences intestinales ou péritonéales. Les kystes intraligamentaires sont également abordables par le vagin. Les adhérences sont faciles à découvrir pour les tumeurs de moyenne grandeur, si on pratique l'examen sous chloroforme. Pour les tumeurs volumineuses, le diagnostic est plus difficile. L'auteur, dans ces cas, attache une grande importance à la mobilité plus ou moins grande du bord supérieur de la tumeur lors des mouvements respiratoires.

L'opération se pratique en incisant la muqueuse vaginale sur la face antérieure de l'utérus; on décolle soigneusement la vessie, on atteint le cul-de-sac péritonéal qui est ouvert; la tumeur est refoulée de l'intérieur de l'abdomen par la main d'un assistant contre l'incision, et on y enfonce le trocart; quand une partie du liquide est évacué on saisit les lèvres de l'incision du kyste avec de fortes pinces et on attire celui-ci dans le vagin, où on le vide rapidement. Le pédicule est lié à la soie, le péritoine suturé au catgut, et l'incision de la muqueuse vaginale à la soie.

Les kystes multiloculaires sont opérés de la même façon, seulement quand une loge a été vidée et qu'une partie de la paroi est amenée dans le vagin, avec un long bistouri on ouvre les loges au fur et à mesure qu'elles se présentent. Pour les kystes dermoïdes il faut prendre les plus grandes précautions pour garantir le péritoine de l'infection, le contenu de ces tumeurs étant parfois très septique. Sur 23 ovariotomies vaginales, Schauta n'a eu qu'un décès; et encore chez une femme dont le kyste s'était rompu avant l'opération, remplissant tout l'abdomen de masses colloïdes. La malade succomba à la péritonite vingt-trois jours après l'intervention.

R. Blondel.

Traitement de l'anus vulvaire congénital. — M. P. Petit (*Soc. obst. et gynéc.*, mars 1897) présente une enfant de 10 ans qu'il a opérée pour un anus vulvaire congénital.

Le bassin était normalement développé, sauf pour le coccyx qui manquait complètement. L'anus s'ouvrait par un orifice ovalaire situé un peu au-dessus de la fourchette, limité sur les côtés et en avant par un hymen en croissant, et admettant l'index. Il n'existait pas de sphincter et l'enfant ne retenait qu'imparfaitement les matières fécales : en arrière de l'orifice, le doigt plongeait dans une sorte d'ampoule s'incurvant légèrement vers le périnée avant de remonter dans la direction du rectum,

M. Petit employa le procédé de Rizzoli : il incisa le périnée depuis la fourchette jusqu'à un point situé au delà de l'emplacement normal de l'anus et sépara par dissection le rectum du vagin. L'orifice anal fut fixé à l'angle postérieur de la plaie et la muqueuse suturée à la peau. La plaie périnéale fut ensuite refermée. Les suites opératoires furent très simples et la réunion s'effectua par première intention.

La malade garde actuellement ses matières fécales, bien qu'il n'existe pas à proprement parler, comme le fait remarquer M. Doléris, de sphincter anal : il s'est fait une sorte de rétraction de la boutonnière cutanée suffisante pour empêcher l'issue de matières solides et assez élastique pour permettre la défécation volontaire.

R. Blondel.

Traitement des fistules vésico-vaginales. (*Société de chirurgie*, 10 mars 1897.) — Après une discussion dont nous avons fait une première analyse, la plupart des chirurgiens se rallient à la méthode du *dédoublement* préconisée par M. Ricard. Celle-ci, facile à exécuter, si l'on a soin de bien abaisser la fistule avec deux pinces fixées à son orifice, est la seule méthode qui donne un *maximum de mobilisation* aux parties à suturer. D'où, point de tiraillements sur les fils. Aussi a-t-on des succès là où il y a déjà eu plusieurs tentatives infructueuses, par l'avivement classique en surface, d'après la méthode américaine. Seul, le tissu de cicatrice ne se prête pas à un bon dédoublement et oblige à choisir une autre manière d'opérer. M. Quénu, à l'inverse de M. Ricard, emploie une double suture vaginale et vésicale, sans craindre la formation postérieure de calculs dus à la présence des fils vésicaux. Ricard se contente de suturer le vagin. M. Quénu déclare qu'il use du catgut ou de la soie, tandis que MM. Berger et Ricard se servent de gros fils d'argent, en comptant le nombre de tours faits aux chefs, ce qui facilite la détorsion. La soie s'infecterait par suite de sa capillarité, le catgut est infidèle dans la durée de sa résorption. Enfin M. L. Championnière appelle l'attention sur le rôle joué par la qualité des urines dans les résultats opératoires, en citant un exemple à l'appui qui prouve que leur altération peut à elle seule empêcher la cicatrisation.

Aug. Benoit.

Destruction de la muqueuse utérine par les caustiques. (*Soixante-huitième réunion des médecins allemands*, 1896.) — Pfannenstiel a employé la méthode de Dumontpallier dans un cas de métrorrhagies incoercibles de la ménopause indépendantes du cancer : il plaça dans l'utérus un crayon de chlorure de zinc dans le but d'effectuer la destruction complète de la muqueuse utérine. Au bout de cinq jours pendant lesquels la malade eut à subir des douleurs intolérables que même la morphine ne pouvait calmer, on vit s'éliminer une escarre volumineuse se composant de la muqueuse utérine et d'une partie de la paroi musculaire. Malgré cela, la destruction de la muqueuse n'était pas encore absolument complète. La malade recommença bientôt à perdre de nouveau; puis des douleurs très vives apparurent et l'auteur dut faire l'ablation totale de l'organe. Sur l'utérus enlevé, siège d'un hématomètre par suite du rétrécissement de l'orifice cervical, la muqueuse utérine s'était reformée autour d'un îlot de muqueuse primitive restée intacte au niveau du fond de l'organe.

Dans la discussion qui suit cette communication, de nombreux cas analogues sont rapportés. Freund cite même un cas où le badigeonnage de la cavité utérine avec une solution de chlorure de zinc à 50 0/0 amena la mort.

R. Blondel.

Restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et du rectum, par M. Péan. (*Tribune médicale*, 17 mars 1897). — Nous citons le cas ci-dessous énoncé comme un exemple des ressources que peut nous offrir l'autoplastie en toute circonstance. Chez une primipare de 28 ans, à la suite d'un accouchement laborieux, avec application du forceps sur une tête demeurée en arrêt sur le périnée pendant quatre jours, M. Péan trouva le périnée remplacé par un tissu de cicatrice percé de deux trous aboutissant à un cloaque qui livrait passage à l'urine, au sang des règles et aux matières fécales. Les cloisons recto-vaginales et vésico-vaginales étaient détruites sur presque toute leur étendue. Après beaucoup d'hésitations, de nombreux confrères ayant refusé de rien tenter, ce chirurgien s'appliqua dans une première intervention à refaire une vessie. Ayant ouvert le cloaque par la réunion des deux orifices cités, il y parvint au moyen d'un lambeau taillé sur la face latérale gauche du vagin et soudé à une incision de l'autre côté. Le col utérin dut être inclus dans la nouvelle vessie, pour utiliser le cul-de-sac postérieur du vagin dans la réfection vésicale. Il commença en même temps la réfection de la partie supérieure du rectum et doubla ses plans, qui présentaient, une fois suturés, leur face cruentée vers le cloaque, avec un large lambeau pris à la vulve et jusque sur la cuisse, qu'il entraîna à gauche. La base de ce lambeau correspondait à la fourchette. Dès lors, l'urine et les matières fécales cessèrent de se

confondre. Au bout de quelques semaines, une escarre, en se détachant, créa une nouvelle fistule par laquelle l'urine et le sang ménorragique s'écoulèrent de nouveau anormalement. Une deuxième opération fut alors faite sous le chloroforme, afin de reconstituer la moitié inférieure du rectum et fermer cette fistule. De simples lambeaux pris sur les parties latérales rapprochées et légèrement invaginés sur la ligne médiane permettent de refaire le cylindre rectal et la fistule est fermée par un procédé analogue, mais par un seul lambeau retourné, la face cutanée en haut. Puis le tout est doublé avec des lambeaux latéraux empruntés aux téguments voisins et suturés sur la ligne médiane. Fait curieux, la malade, qui est aujourd'hui complètement cicatrisée, peut retenir son urine et ses matières fécales, comme s'il s'était reformé un sphincter uréthral et anal. Certainement le fait que nous venons de relater exige de la part du praticien une habileté consommée; mais il est bon qu'on sache qu'il est possible au commun des chirurgiens, avec de la patience, plusieurs interventions successives et de l'antisepsie, de réaliser dans une région quelconque, et surtout à la face et à la région vulvo-vaginale, des restaurations qui paraissent au premier abord impraticables.

AUG. BENOIT.

Obstétrique.

Dr L. DÉMELIN

Ex-chef de clinique à la Faculté de médecine.

Traitement de l'éclampsie puerpérale, par CLAFTON EDGAR. (*Medical Record*, 26 décembre 1896.) — Après quelques considérations sur les causes de l'éclampsie : intoxication alimentaire, rétention de la bile, autointoxication, l'auteur aborde le traitement de l'attaque confirmée. Il considère successivement les trois indications à remplir :

1° Combattre les convulsions ;

2° Vider l'utérus avec rapidité, en causant le moins de désordre possible, la patiente étant sous l'influence du chloroforme ;

3° Eliminer le poison ou les poisons causes des convulsions.

Pour combattre les convulsions on peut avoir recours au chloroforme, puis au veratrum viride (ellébore blanc d'Amérique). La morphine doit être rejetée, car on peut la considérer comme un poison qui vient s'ajouter à ceux déjà contenus dans l'organisme.

Le veratrum viride ralenti le pouls, abaisse la température, cause une diaphorèse rapide, ainsi que la diurèse; c'est le médicament de choix après le chloroforme.

Pour vider l'utérus on doit attendre, si possible, le commencement du travail et terminer l'accouchement naturellement. L'accouchement artificiel ne doit être pratiqué que si le traitement médical est insuffisant.

L'intervention doit être différée jusqu'à ce que le col soit dilaté ou dilatable. Ce sont du reste les prescriptions de Charpentier que l'auteur reproduit en détail.

Il ne donne rien de nouveau au sujet de l'élimination des toxines.

A. CHASSEVANT.

Les bains pour les nouveau-nés. (*Médecine infantile russe*, n° 1, 1897.) — GOSCHINSKY se prononce catégoriquement contre l'administration de bains aux nouveau-nés. Il donne à l'appui de son opinion ce fait que sur 190 nouveau-nés baignés tous les jours, il y a eu 15 cas de maladie avec 11 cas de mort, tandis que sur 180 autres nouveau-nés auxquels on n'avait donné qu'un seul bain à la naissance il n'y a eu que 7 cas de maladie avec 5 cas de mort.

Ces chiffres paraissent assez démonstratifs.

Quant à l'action fâcheuse des bains avant la chute du cordon, l'auteur croit la trouver dans ces deux faits :

1° Le cordon est toujours macéré, de sorte que la nécrose à sec devient impossible.

2° L'eau employée pour les bains n'est pas bouillie et peut, par conséquent, être une source d'infection.

B. TAFT.

Traitement des hernies du cordon. (*Archives russes de chirurgie*, n° 3, 1897.) — MARIANTSCHIK, en se basant sur un cas personnel ainsi que sur la bibliographie médicale concernant le traitement des hernies du cordon, arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Les hernies du cordon doivent être opérées dans tous les cas où il s'agit d'un enfant viable;

2° Il faut tenir grand compte des anomalies des organes internes, fréquentes chez les enfants, anomalies qui peuvent exercer une action fâcheuse sur le résultat définitif de l'opération;

3° L'opération doit être pratiquée le plus tôt possible;

4° La meilleure méthode opératoire des hernies du cordon est la laparotomie.

B. TAFT.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

De l'utilité du traitement électrique hâtif dans la paralysie infantile. (*Bull. off. de la Soc. française d'électrothérapie*, février 1897.) — Le Pr Doumer (de Lille) proteste contre la tendance qu'ont beaucoup de neurologistes de défendre tout traitement électrique dans les premières semaines et même les premiers mois qui suivent le début des accidents paralytiques. Chez une enfant prise subitement de paralysie généralisée à tous les muscles de la vie de relation, quelques semaines après une attaque de diphtérie associée au streptocoque, le Pr Doumer recourut à l'électrothérapie neuf jours après le début des accidents : pendant un mois et demi il appliqua trois fois par semaine des courants continus le long du rachis (8 milliampères pendant deux minutes dans un sens, puis deux minutes en sens inverse). Ensuite, galvanisation des muscles parésiés, et un peu de massage matin et soir de ces mêmes muscles.

L'amélioration a été rapide, surtout pour les membres supérieurs. Au bout d'un mois environ, on procéda à la faradisation prudente et méthodique, en commençant par les muscles des membres supérieurs (bobine à gros fil, dix secondes pour chaque muscle). Au bout de six mois, il ne restait plus qu'un peu de boiterie.

L'auteur a pu observer presque en même temps un cas identique, où l'électrisation hâtive fut déconseillée par le médecin traitant. Le traitement électrique, commencé quatre mois après le début des accidents, a été impuissant pour empêcher l'atrophie définitive de plusieurs groupes musculaires des membres inférieurs.

L'auteur considère la marche si différente de ces deux cas comme démonstrative.

E. Vogt.

Du traitement des affections intestinales chez les enfants en bas âge. (*Journal de médecine militaire*, n° 11, 1896.) — Gorschoff a obtenu de bons résultats dans les affections gastro-intestinales par des lavements employés méthodiquement.

Les lavements étaient donnés deux fois par jour, le matin à neuf heures et le soir à six heures. Ils étaient composés simplement d'eau à la température de 18° à 22° (Réaumur); quant à la quantité, elle variait de 60 à 250 grammes, suivant l'âge de l'enfant.

Peu de temps après le début du traitement, apparurent des selles spontanées; le besoin s'en faisait sentir ordinairement aux heures auxquelles on avait l'habitude d'administrer le lavement. On pouvait aussi s'en dispenser; petit à petit on arrivait à les abandonner complètement et l'enfant guérissait.

L'auteur ne prescrivait aucun traitement interne, abstraction faite bien entendu du régime.

Gorschoff cite un grand nombre d'observations qui montrent nettement les bons résultats obtenus par lui.

B. Taft.

Emploi de l'iodothyrine en pédiatrie. (*Therap. Wochenschrift*, 14 mars 1897.) — Le Dr Lanz a traité 12 cas de goitre parenchymateux à la clinique du Dr Escherich, de Graz, au moyen de l'iodothyrine. L'âge des malades variait de 20 jours à 14 ans. La médication s'est toujours montrée efficace et est restée exempte d'inconvénients. L'enfant de 20 jours a reçu 30 centigrammes par jour de thyroïodine; son goitre congénital disparut en neuf jours; à la fin de la médication, l'enfant présentait exactement le même poids qu'à son entrée.

Chez l'enfant bien portant, on observe en général une diminution de poids insignifiante, même si la médication a été longtemps prolongée. Chez le nourrisson, il y eut, comme nous venons de le voir, suppression de l'augmentation de poids physiologique, sans que pour cela l'organisme parût souffrir en quelque façon que ce soit.

Plusieurs observations d'adénites scrofuleuses chez les enfants, dues au même auteur, semblent démontrer que l'iodothyrine exerce une action très nette sur les processus pathologiques qui ont pour siège les ganglions lymphatiques de la région cervicale. Lanz se propose de soumettre la question à un examen plus approfondi.

E. Vogt.

De l'action de la tannalbine. (*Médecine infantile*, n° 1, 1897.) — Goundobine a essayé cette substance chez 20 enfants dont l'âge variait d'un mois à 10 ans. Chez 12 de ces petits malades, il s'agissait d'une inflammation chronique du gros intestin et de l'intestin grêle; 4 étaient atteints d'un catarrhe aigu de l'intestin grêle; 2 (nourrissons) de dyspepsie et 2 d'inflammation subaiguë du gros intestin.

La tannalbine a exercé dans tous les cas une action favorable, mais surtout dans les cas chroniques. La dose était : pour les nourrissons, de 10 centigrammes de deux à quatre fois en

vingt-quatre heures; pour les enfants plus âgés, la dose était augmentée à raison de 10 centigrammes par an. A partir de 5 ans la dose était de 50 centigrammes deux à quatre fois par jour.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

L'holocaïne, nouvel anesthésique. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 11 mars 1897). — Gutmann, ophtalmologue de Berlin, a soumis à l'expérimentation la p-diéthoxyéthilen-diphényldiamine ou holocaïne, comme succédané de la cocaïne. Ce corps, découvert par le docteur Fauber, appartient aux éthylénediamines, et offre des rapports chimiques étroits avec la phénacétine : il se présente sous forme de beaux cristaux à réaction alcaline forte, insolubles dans l'eau, fondant à 121°, et donnant des sels cristallins peu solubles. Le chlorhydrate est constitué par des aiguilles blanches, facilement solubles dans l'eau bouillante, tandis que l'eau froide n'en dissout que 2,5 0/0. Le goût de la solution est légèrement amer, sa réaction neutre, et son inaltérabilité semble entière. (Une solution à 1 0/0, en flacon non bouché, est restée limpide depuis deux mois.)

Les recherches furent instituées avec une solution du chlorhydrate à 1 0/0, d'abord sur le lapin (anesthésie de la cornée, etc.), puis sur l'homme (8 yeux normaux, 13 cas de corps étrangers de la cornée, 2 kératites et 7 opérations sur l'œil). L'instillation de 2 à 5 gouttes de la solution sur la cornée a donné les résultats suivants :

1° De suite après l'instillation il se produit une légère sensation de cuisson, s'accompagnant d'injection très nette de la conjonctive : ces phénomènes disparaissent au bout d'une minute au plus.

2° Une seule instillation suffit pour provoquer au bout d'*une minute* une anesthésie totale de la cornée, durant en moyenne neuf minutes, et s'accompagnant d'abolition des réflexes et de diminution de la sensibilité à la douleur et à la température. La conjonctive est moins anesthésiée : la cornée reste humide et brillante.

Dans douze cas de corps étrangers, avec peu de congestion, on put procéder à l'extraction sans que le malade ne ressentît aucune irritabilité réflexe. La plupart des malades ne ressentirent même pas l'attouchement de la pointe de l'instrument.

Même quand il y a injection intense de la conjonctive, les résultats sont les mêmes.

L'auteur a eu l'occasion, dans une opération de strabisme, de comparer l'action de l'holocaïne à celle de la cocaïne : une première opération faite après emploi de cette dernière substance, fut suivie d'accidents de cocaïnisme. La seconde opération (4 gouttes d'holocaïne) fut moins sensible au patient que la première, l'hémorrhagie fut un peu plus forte, mais on n'observa aucun phénomène d'intoxication.

3° On peut augmenter la durée de l'anesthésie en instillant à nouveau.

4° On n'observe pas de dessèchement épithélial de la cornée, comme avec la cocaïne.

5° La tension intra-oculaire n'est pas influencée.

6° On n'observe pas de modification de la pupille.

7° L'accommodation n'est pas influencée.

Le produit est très toxique, on ne peut donc s'en servir pour injections sous-cutanées, et son champ d'action reste limité aux interventions sur la cornée et la conjonctive.

Un autre inconvénient du chlorhydrate d'holocaïne consiste dans le fait qu'on ne peut stériliser ses solutions dans un verre alcalin, car le verre cède son alcali qui provoque la précipitation de la base holocaïne. Il suffit de stériliser dans des vases en porcelaine pour éviter cet inconvénient.

L'anesthésique nouveau présente, en résumé, de grands avantages dans les opérations sur la cornée et la conjonctive, à cause de son action extrêmement rapide et complète.

E. Vogt.

Des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé comme analgésique local, par Louis Malot. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1897.) — L'auteur a été amené à étudier ce traitement de la douleur à la suite de la lecture d'un article de Lucas-Championnière sur les essais d'anesthésie locale faits en chirurgie dentaire par les injections de gaïacol.

Son but, en préconisant le gaïacol chloroformé, est de supprimer les injections de morphine pour calmer les douleurs localisées, et d'éviter les dangers du morphinisme.

Les douleurs intenses comme les crises fulgurantes du tabétique, la névralgie tenace du zona ont été écourtées en durée et diminuées en intensité.

Contre les douleurs superficielles les frictions

peuvent suffire, pour les douleurs profondes il faut avoir recours aux piqûres.

Le médicament est un analgésique local; lorsqu'on veut calmer une région douloureuse étendue, on doit faire plusieurs piqûres sur le trajet douloureux.

Selon l'âge, l'intensité de la douleur, la susceptibilité nerveuse du sujet, la dose injectée varie de quinze à soixante gouttes; la dose moyenne est de trente gouttes.

Il prenait la solution suivante :

Chloroforme.....	10 gouttes.
Gaïacol.....	6 —

On peut dans certains cas l'augmenter, et l'auteur cite une observation de sciatique rebelle dans laquelle il a injecté 5 centimètres cubes du mélange sans observer d'accident autre qu'une légère induration.

Le soulagement a été immédiat.

A. Chassevant.

De l'action sur l'économie de l'acide salicylique et du salicylate de soude administrés pendant longtemps. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — Le titre du travail de Ydanoff n'est pas tout à fait exact, car il s'agit plutôt d'une intoxication chronique par les préparations salicyliques. En effet, les quantités employées par l'auteur étaient de 1 gr. 5 à 2 grammes de salicylate de soude en vingt-quatre heures pour le lapin. La durée de l'expérience a été de six mois environ. Les préparations salicyliques étaient administrées par la bouche dans une solution d'eau mélangée de julep gommeux.

Sur les 10 animaux en expérience, 7 ont succombé à l'intoxication chronique et 3 ont été sacrifiés dont l'un était déjà à l'agonie.

L'auteur a soumis à l'examen microscopique : le tube digestif, le foie, les reins. Qu'on ait administré de l'acide salicylique ou du salicylate de soude, les modifications anatomo-pathologiques étaient les mêmes. Dans l'estomac : desquamation étendue de l'épithélium, ulcères superficiels, petits foyers nécrotiques, extravasion, infiltration de la muqueuse par des leucocytes et une grande quantité de mucus. Dans le foie : modifications dégénératives de l'épithélium hépatique : tissu conjonctif embryonnaire le long des voies biliaires (cirrhose biliaire). Dans le rein : modifications pathologiques de la néphrite parenchymateuse chonique, exsudats, dégénérescence graisseuse de l'épithélium et hémorragies.

En somme, comme le démontre suffisamment l'examen microscopique, l'administration *larga manu* de préparations salicyliques comporte des dangers assez sérieux et c'est pour cela que nous avons tenu à signaler le travail de l'auteur russe à nos lecteurs.

B. Taft.

Le lycétol. (*Rev. clin. d'andr. et de gynécologie*, mars 1897.) — Le tartrate de diméthyl pipérazine ou lycétol n'est pas hygroscopique et son goût n'est pas amer comme celui de la pipérazine : on peut donc l'administrer sous toutes les formes sans difficulté. Hamonic constate que dans les affections génito-urinaires on obtient avec ce sel un déplacement de l'acide urique et des urates, et une action diurétique due sans doute à l'acide tartrique qui entre dans sa composition, ainsi qu'à la pipérazine, corps très diurétique.

Six cas nouveaux de gravelle urique, traités par le lycétol, sont venus grossir la statistique (10 cas) de l'auteur. Parmi ces cas, il faut en retenir plus spécialement un, où des accidents graves furent conjurés en une quinzaine de jours et se terminèrent par l'expulsion d'un calcul.

Chez les phosphaturiques, le lycétol communique parfois une coloration verte à l'urine, et l'élimination phosphatique est plutôt augmentée, ce qui constitue une contre-indication à son emploi.

Dans la cystite purulente (17 cas) on observe une diminution de l'abondance et de la densité du pus, et une atténuation de la fermentation urinaire.

Dans cinq cas de diabète arthritique, l'auteur a obtenu, en lieu et place de la lithine, la disparition du sucre urinaire en quelques jours avec le lycétol. Traitement : 1 gramme de lycétol et 1 centigramme d'arséniate de soude par jour.

Le lycétol s'administre en cachets ou dissous dans de l'eau de Seltz, de la limonade gazeuse ou de l'eau de Vichy. On peut aller jusqu'à 2 ou 3 grammes par jour sans inconvénient. Le produit n'est pas toxique et n'a aucune action nocive sur les fonctions digestives.

E. Vogt.

FORMULAIRE

Poudre antiseptique.

Sublimé corrosif.....	12 à 20 milligr.
Acide borique.....	28 gr. 34
Acide tannique.....	60 centigr.
Sucre de lait.....	56 gr. 63

Usage externe.

(Pick.)

Paralysies dyphtéritiques.

Teinture de noix vomique.	1 à 4 gouttes.
Sulfate de strychnine.....	1 milligr.
Eau.....	1 gramme.

Deux à huit gouttes à chaque repas, quand l'enfant a plus de 4 ans.

(J. Simon.)

Traitement de l'ozène.

Borax.....	20 grammes.
Glycérine pure.....	70 —
Eau distillée.....	30 —

Pulvérisation deux ou trois fois par jour.

(Muserold.)

Pommade contre l'acné pustuleuse.

Sous-nitrate de bismuth...	ââ 2 grammes.
Pécipité blanc.....	
Ichtyol.....	
Vaseline.....	20 —

En applications sur les éléments éruptifs du visage et de la partie supérieure du thorax.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Elections. — La Société médicale de Londres vient d'élire au nombre de ses membres honoraires M. le Pr Guyon.

Congrès international de médecine de Moscou. — On s'occupe activement à Moscou de l'organisation des excursions qui auront lieu aux environs de cette ville, à Pétersbourg et à Nijni-Novgorod, pendant la durée du Congrès. Cinquante adhésions sont actuellement parvenues aux bureaux du Comité français.

Square Pasteur. — La municipalité de Mexico vient de donner le nom de Square Pasteur au jardin situé devant l'Ecole nationale de médecine de la ville.

Hôpital pour les secours d'urgence. — A l'hôpital de la Charité, on vient d'organiser un service uniquement destiné aux victimes d'*accidents*. Sous cette rubrique figurent non seulement tous les traumatismes de la rue, les blessures criminelles ou accidentelles, mais la syncope, l'hémorragie cérébrale, etc. L'organisation du service comme personnel et matériel permet d'y pratiquer immédiatement toutes les opérations d'urgence, y compris la laparotomie exploratrice. Des bains, des appareils de toute nature sont installés de façon à fonctionner sans perdre une minute. Les malades seront gardés dans le service jusqu'à leur complet rétablissement, s'ils le désirent et pourront y recevoir la visite de leur médecin ou celle des médecins de leur Société en cas d'affiliation à une Mutuelle, une Assurance, etc., concurremment avec celle du chef de service.

Le prix du séjour est fixé à 3 marcs par jour. Cette unité monétaire fera comprendre au lecteur qui ne l'aurait pas déjà deviné au sens pratique et à l'utilité de l'institution qu'il s'agit de la *Charité* de Berlin et non de celle de Paris.

Contenu extraordinaire d'un estomac de femme. (*Deut. med. Wochensch.*, 21 janvier 1897.) — Fricker (d'Odessa) rapporte le cas d'une femme

de 32 ans, atteinte de crises de délire, qui présentait un abcès apparent du côté gauche de l'abdomen. En l'ouvrant, on s'aperçut qu'il communiquait avec l'estomac. L'estomac fut ouvert avec toutes les précautions d'usage et on y trouva les objets suivants : une clé, une cuiller à café en argent, une autre cuiller, une fourchette, deux clous, deux épingles à cheveux, deux morceaux de verre, une épingle d'acier, neuf aiguilles à coudre, un morceau de mine de plomb, un crochet de chaussure, un pépin et deux petits morceaux de fer-blanc.

L'estomac fut lavé avec une solution salée stérilisée, et la plaie refermée. La malade guérit parfaitement. Jusqu'ici les jeunes personnes n'étaient guère accusées de dévorer que des patrimoines. Cette fois le record du requin est battu.

Anachronisme et réclame. — Une maison de produits pharmaceutiques, en Suisse, lance un *Pectoral de Paracelse*, préparé, avec les méthodes perfectionnées actuelles, d'après la formule même de l'illustre médecin du quinzième siècle. Ce pectoral contient, en dehors d'extrait de poumons de renard, de l'*extrait d'eucalyptus !*

Admirons la divination du divin Paracelse, qui connaissait déjà le nom et les usages d'une plante découverte, trois siècles après sa mort, dans un pays, la Tasmanie, inconnu de son temps !

PETITE CHRONIQUE

L'affaire Boisleux-de La Jarrige a reçu un dénouement auquel les débats ne paraissaient guère conduire et que les nombreux cas de cassation relevés, paraît-il, font regarder encore par certains comme provisoire. Le procès avait été intenté sur une accusation d'avortement qui, il faut bien le dire, ne tenait pas debout, et très vite il avait dévié sur un terrain tout différent : la question de responsabilité morale du chirurgien maladroit, laquelle relevait de l'homicide par imprudence, et devenait justiciable du tribunal correctionnel, non de la cour d'assises.

L'affaire paraissait donc assez mal engagée par le ministère public et un acquittement devenait probable, quand est intervenue au dernier moment une alliée puissante sur laquelle l'avocat général ne comptait peut-être pas, la vieille haine du bourgeois pour le médecin, grâce à laquelle celui-ci est sorti bien rarement indemne des griffes du jury.

Il est bien peu d'entre nous qui, pendant cette longue semaine où la gynécologie a servi de thème sensationnel à tous les chroniqueurs à court de copie, n'aient été appelés à discourir plus ou moins longuement sur le sujet entre confrères et même devant les profanes. L'opinion générale est que la préméditation de l'avortement était mal établie. Les renseignements de l'instruction avaient bien présenté le Dr Boisleux comme capable de tout, paraît-il, et l'avaient montré comme accusé déjà antérieurement d'aventures semblables. Mais il faudrait pourtant ne pas confondre *capable* avec *coupable*, et dans le cas particulier de Mlle Thomson, je ne vois pas bien le médecin voulant de propos délibéré faire un avortement criminel et employant le curettage, procédé opératoire plus que risqué, le tout en présence d'un cocher, d'une bonne, en un mot d'un personnel peu discret et qu'un mécontentement quelconque pouvait dans l'avenir transformer en terribles accusateurs. Les sages-femmes qui exercent à peu près impunément par toute la France cette industrie, vieille comme le monde, ont depuis longtemps trouvé mieux que cela; le Dr Boisleux ne pouvait l'ignorer. Je croirais donc sans trop de peine à une colossale erreur de diagnostic, dont il existe malheureusement des exemples dans la littérature de tous les pays, et terminée d'une façon funeste parce que la laparotomie immédiate fut refusée par l'amant.

Quant au confrère, ami et confident de Mansuy, qui a amené la victime à Boisleux, son rôle était plus obscur. Plusieurs ont supposé que, voulant obliger son ami, il avait tourné la difficulté en comptant sur la légèreté de l'examen de Boisleux pour l'amener à faire un avortement imprévu, une fois en présence du fait accompli. En sorte qu'au point de vue légal le Dr de La Jarrige eût été complice d'un avortement dont le principal auteur n'était pas coupable, situation embarras-

sante pour le juge, qui devait envoyer le premier en cour d'assises et le second devant le tribunal correctionnel pour homicide par imprudence.

Ce qu'il s'agissait d'établir c'était la *volonté* de l'avortement puisque le fait matériel n'était pas nié. Or, c'est précisément le point sur lequel l'accusation s'est montrée le plus dégarnie de preuves. La sage-femme incorruptible a bien prétendu que la victime lui avait dit...: mais c'est tout. Avouons que c'est peu. Quant au suicide de Mansuy, depuis que nous avons vu des innocents authentiques se pendre dans leur prison, affolés par leur juge d'instruction, il ne prouve guère grand'chose, sinon que l'amant était au courant de la tentative de sa maîtresse et rien de plus.

Ce à quoi je veux en venir, c'est à constater que l'instruction n'ayant pas trouvé de preuves matérielles de l'intention criminelle, s'est rejetée sur un second procès qu'elle a ajouté au premier et qui avait pour but d'établir l'impéritie opératoire, la légèreté de Boisleux sans s'apercevoir qu'elle fournissait par là même des arguments à ceux qui ont soutenu qu'il n'était guère coupable que de cela. En évoquant les cas malheureux, elle a provoqué le défilé des attestations contraires dont le jury forcément incompétent devait apprécier plutôt la quantité que la qualité. Dès lors, l'affaire Thomson disparaissait, puisque personne n'en parlait plus, et c'est bel et bien un procès de chirurgie que l'on intentait à Boisleux.

Mais, me dira-t-on, de quoi vous plaignez-vous, puisque vous déclarez précisément que c'était le seul procès à faire?

Je crois que la distinction, toute subtile qu'elle est, peut cependant être clairement comprise. D'abord, au point de vue de la stricte justice, Boisleux, poursuivi sous deux chefs, avortement et homicide par imprudence, n'était réellement convaincu que de l'un et s'est vu appliquer la pénalité de l'autre, ce qui est bien déjà quelque chose. Il est vrai que les circonstances atténuantes accordées par le jury permettaient au tribunal de s'en tenir à deux ans de prison, ce qui n'eût surpris personne : Si le maximum de la peine a été prononcé c'est au tribunal qu'en revient tout l'honneur. Or, cinq ans de réclusion pour une faute opératoire, si lourde qu'elle soit, c'est raide, avouez-le, et vous reconnaîtrez bien là, j'en suis sûr, la douceur ordinaire des rapports de juges à médecins.

D'un autre côté, la question de l'homicide par imprudence n'ayant pas été posée, il se dégage de ce procès des conclusions beaucoup moins claires que celles que l'on pouvait en attendre au point de vue de la responsabilité chirurgicale pure, question qui, par ce temps de furie opératoire, s'impose chaque jour davantage ; d'ailleurs celle-ci contenait en germe une autre question non moins importante et qui a préoccupé trop vivement l'esprit public en ces derniers temps pour ne pas comporter une sanction prochaine : je veux parler de la réglementation des cliniques chirurgicales et j'irai plus loin, de l'exercice même de la chirurgie.

Précisons. Tous les gynécologues qui n'ont pas d'avortement à se reprocher, restent hors de cause après l'affaire Boisleux ainsi jugée : si au contraire la condamnation avait été prononcée pour impéritie chirurgicale manifeste, pour mauvaise tenue de la clinique de la rue des Archives, il y avait là un précédent d'un grand intérêt d'où une réforme utile pouvait sortir. Actuellement celle-ci ne pourra plus naître que du bon plaisir de l'administration, et prendra de ce fait une allure inévitable d'arbitraire et de guerre de personnalités. Est-ce clair?

Cette réglementation des cliniques, tout le monde la demande, public, médecins et spécialistes ; encore faut-il qu'elle soit faite sur les bases d'une absolue équité et avec le souci constant du respect, de cette chose précieuse qui s'appelle la liberté de l'enseignement. Le plus sûr sera de se placer franchement sur le terrain scientifique. Actuellement les formalités pour ouvrir une clinique externe sont nulles : s'il s'agit d'y hospitaliser des malades, il est simplement fait une enquête officieuse de *commodo* auprès des voisins. Comme sécurité opératoire c'est insuffisant. D'autre part, ce qui est plus grave, aucune garantie scientifique spéciale n'est exigée du chirurgien, et cela parce qu'aucun criterium n'a été fixé jusqu'ici à cet égard. Or, il faut le dire franchement, les spécialistes honorables pour qui la clinique est une nécessité professionnelle aussi indispensable que l'hôpital au médecin, commencent à en avoir assez du régime de tolérance, mitigé de suspicion, sous lequel ils vivent, et grâce auquel leur cause, celle des laborieux et des silencieux, n'est défendue uniquement que par les braillards et les compromis de la profession, ceux-ci d'ailleurs donnant volontiers à entendre qu'ils parlent au nom de tous et ne songeant guère en réalité aux intérêts de l'enseignement libre que pour s'en faire une arme de combat dans je ne sais quelle lutte de castes où personne n'a le beau rôle.

Quant à la responsabilité du chirurgien opérant dans sa clinique, elle soulève deux problèmes : celui de la moralité et celui de la compétence.

A la première se rattache la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale, qui est loin d'être simple. Ce n'est pas seulement la gynécologie qui est en cause ici : il y aura toujours des oculistes pour enlever des cristallins normaux, des laryngologues pour râcler des végétations adénoïdes fantaisistes et des urologues pour électrolyser des rétrécissements imaginaires, autant pour le moins que des amateurs d'hystérectomies inutiles et de laparotomies lucratives. Les progrès de la chirurgie d'une part, l'appât d'un gain élevé et sûr, à une époque où la profession traverse une crise douloureuse, devaient fatalement conduire à ces abus — dans tous les pays d'ailleurs — des praticiens dépourvus de tout sens moral, et si la gynécologie attire davantage à elle l'attention, c'est que les échecs sont ici plus meurtriers que partout ailleurs. Mais ceci est une question de conscience, qu'il sera bien difficile de faire trancher par les tribunaux. Seul l'Ordre des médecins, si jamais l'on parvient à le créer, pourra constituer une juridiction pour de tels crimes.

Pour ce qui est de la compétence du praticien qui s'improvise spécialiste, il semble que la question soit plus facile à trancher.

Que la chirurgie gynécologique, avec ses graves responsabilités morales et matérielles soit actuellement aux mains du premier venu, c'est un fait éminemment déplorable de tous points; mais, je l'ai déjà dit, tant que nous n'aurons pas rétabli le diplôme de *docteur en chirurgie*, entouré de garanties spéciales, le droit au bistouri pourra être réclamé au lendemain de sa thèse par tout jouvenceau entreprenant, et la Faculté n'y pourra toucher qu'en portant atteinte à la valeur du diplôme universel qu'elle vient de délivrer elle-même et en s'exposant à l'accusation injurieuse autant qu'injuste, de soulever en cela une question de boutique ou même de gros sous. Pourtant rien ne serait plus facile à faire accepter que le rétablissement de ce diplôme, comportant simplement à la fin des études un examen pratique spécial. Après tout, il y a d'autres exemples, dans les divers degrés de la profession médicale, de la limitation du droit de l'exercer. Les sages-femmes ne peuvent employer certains instruments ni exécuter certaines opérations. Il en était de même des officiers de santé. Ne pourrait-on exclure certaines interventions chirurgicales du domaine du médecin et cela avec d'autant plus de légitimité que les examens pratiques de médecine opératoire de la Faculté ne portent presque jamais sur elles?

Qu'on le veuille ou non, tout se spécialise à notre époque, de par l'extension croissante de nos connaissances, et malgré cela l'esprit de notre enseignement public continue à garder une prédilection surannée pour les connaissances générales et les diplômes à tout faire. Ne sommes-nous pas du pays où les ingénieurs des tabacs et ceux des constructions navales sortent de la même école?.....

Ce sont ces deux réformes, réglementation de l'organisation des cliniques, garanties morales et scientifiques exigées de leurs titulaires, que l'on espérait voir sortir du mouvement d'opinion soulevé par l'affaire Boisleux. Si les débats avaient porté franchement sur la question d'homicide par imprudence, au lieu d'englober celle-ci dans une accusation très contestable d'avortement, le terrain eût été infiniment meilleur pour édifier plus tard cette réforme en toute équité. Au lieu de cela, écrasé par une condamnation excessive, Boisleux est désormais en posture de victime d'erreur judiciaire et il ne sera pas difficile à ses amis de faire passer auprès du public toute tentative contre les cliniques comme la suite d'une campagne personnelle dont il aurait été la première victime.

Or, comme chez nous l'avantage est à celui qui crie le plus fort, il est probable que les choses n'iront pas toutes seules.

Voilà pourquoi, à mon humble avis, les experts qui, j'en suis sûr, ont été des gens sincères plutôt favorables même aux accusés et voyant clair dans les conséquences probables de ce procès, eussent été peut-être mieux inspirés en contribuant à écarter résolument l'accusation problématique d'avortement pour rester sur le terrain de la responsabilité chirurgicale où, d'une part, la justice avait tous les éléments d'une condamnation suffisante et acceptée sans protestations, et où, d'autre part, l'administration trouvait la base d'une réforme salutaire dont l'exécution se fût dès lors accomplie sans encombres.

R. Bl.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. (*Thèses présentées et soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1896-1897 :*

1. Vauthey (Paul) : Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique; fermentations stomacales et leurs gaz.
2. Rostaing (Marius) : De la cure radicale du varicocèle par un nouveau procédé de résection du scrotum.
3. Dopter (Charles-Henri-Alfred) : Des troubles de sensibilité dans la zone du nerf fémoro-cutané.
4. Dikson : Contribution à l'étude de la pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique (hémoglobinurie d'origine quinique).
5. Capmas (Albert) : Pathogénie des ostéomes musculaires.
6. Daclin (Antoine) : De l'avortement brusqué par le curettage dans les vomissements incoercibles de la grossesse.
7. Bayle (Louis-Pierre) : Des névrites puerpérales (grossesse et puerperium).
8. Bonnet (Denis) : De l'actinomycose de la langue.
9. Julia (Emile) : Des applications externes de la pilocarpine dans le traitement des néphrites et de leur effet diurétique en particulier.
10. Wagon (Pierre) : L'érysipèle traité par les badigeonnages de gaïacol.
11. Finck (Charles) : Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie chez l'homme.
12. Ardoin (Martial) : Effets des éclats de capsules de cuivre sur l'œil; étude expérimentale et clinique.
13. Brisard (Charles) : L'éternuement.
14. Camus (Edmond) : Du rôle de la persistance des germes dans la transmission de la diphtérie (étude critique).
15. Vandenbossche (Albert-Achille) : Traitement de l'épiphora par la trépanation du sinus maxillaire.
16. Trutié de Vaucresson (Emile) : Contribution à l'étude des adhérences herniaires.
17. Job (Emile) : De l'actinomycose des centres nerveux.
18. David de Drézigué (Maurice) : De la résection des canaux déférents et de la ligature du cordon comme traitement de l'hypertrophie prostatique (contribution expérimentale et clinique.
19. Martin (Marius) : Traitement de la coqueluche par la quinoléine.
20. Sacquépée (Ernest) : Etudes sur la flore bactérienne du vaccin (mixture vaccinale glycérinée).
21. Conte (Célestin) : Du décollement juxta-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus.
22. Rouffiandis (Emmanuel) : Sur une dermite perlée non décrite, à allure clinique d'actinomycose.
23. Scheffler (Léopold) : Etude médico-légale sur l'état mental des vieillards.
24. Noack (Alexandre) : Du relèvement des bras dans l'extraction des pieds, son traitement. Abaissement du bras antérieur par des manœuvres externes.
25. Dimoux-Dime (Paul) : Du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.
26. Jacquemin (Adolphe) : De certains grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde.
27. Danis (Camille) : De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette.
28. Thollon (Emile) : Du sarcome actinomycosique (actinomycose néoplasique), forme cervico-faciale.
29. Bicrer (Paul) : Contagion de la coqueluche.
30. Théaulon (Charles) : Les conditions pathogéniques de l'œdème et sa physiologie pathologique.
31. Seguineau (Jean) : Contribution à l'étude de l'influence des fibromes de l'utérus sur l'accouchement.
32. Bérard (Léon) : Contribution à l'anatomie et à la chirurgie du goitre. Parallèle entre la thyroïdectomie partielle, les énucléations et l'exothyropexie.
33. Bertelé (Edouard) : Des kystes hydatiques des muscles de la face.
34. Le Bihan (Félix) : Cardiectasie aiguë dans les accès de paludisme.
35. Calais (Emile) : L'airol, son emploi en thérapeutique surtout dans le traitement des ulcères variqueux.
36. Masson (Henry) : De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire.
37. Bondriat (Joseph) : Des ulcérations artérielles dans les ostéomyélites.
38. Cassan (Alcide) : Du rétrécissement mitral ancien masqué par la myocardite interstitielle diagnostiqué par la palpation.

39. Juvanon (Alexandre) : Contribution à l'étude des angiomes périostaux et périostiques.
40. Bourcier (Antoine) : Essai sur la micrométrie du fond de l'œil.
41. Guignot (Jean-Baptiste) : Des pseudo-actinomycoses ; nouvelle mycose à grains jaunes.
42. Rabuson (Gaston) : Des tumeurs blanches consécutives aux tubercules des parties molles juxta-synoviales.
43. Duméry (Georges) : Du zona ophtalmique et de ses manifestations graves.
44. Bailly (Antoine) : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse; ponction lombaire suivie de l'injection d'air stérilisé.
45. Faideau (Adolphe) : De la mise en évidence du bacille d'Eberth dans les salles des typhiques par la méthode d'Elsner.
46. Déjouany (Albert) : De la grossesse double au point de vue médico-légal (116 pages).
47. Baron (Baptiste) : Etude psychologique de l'anesthésie par l'éther, avec quelques considérations médico-légales (119 pages).
48. Jardon (Louis) : Contribution à l'étude du pouvoir antitoxique de la bile (64 pages).
49. Daclin (Emile) : De la laparotomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne (34 pages).
50. Barral (Edouard) : Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle (36 pages).
51. Gauthier (Georges) : De l'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac (50 pages).
52. Langlois (Gaston) : Etude de 23 cas de gangrène pulmonaire, sa forme prolongée (231 pages).
53. Picon (Louis) : De l'épithéliome du limbe séro-cornéen (67 pages).
54. Massoulard (Emile) : Les interventions sur le trijumeau intra-crânien dans la névralgie faciale rebelle (68 pages).
55. Fadeuilhe (Henri) : De la suffocation et en particulier de la suffocation dans un espace clos (102 pages).
56. Angué (Emile) : Du panaris ostéomyélitique (61 pages).
57. Navas (Hippolyte) : Des pyélo-néphrites gravidiques (71 pages).
58. Grall (Jules) : Contribution à l'histologie pathologique des tumeurs primitives des nerfs (75 pages).
59. Pélissié (Jean) : De la mort par la foudre (68 pages).
60. Vignal (Pierre) : Psoriasis vaccinal (83 pages).
61. Perrin (Henri) : Considérations sur la valeur de la gymnastique dans l'éducation physique (111 pages).
62. Dufau (Emile) : Du rôle de la rate dans les maladies infectieuses. Influence de la splénectomie sur la marche des infections expérimentales (63 pages).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

INSTITUT DES MADADIES INFECTIEUSES A BERLIN

Sur de nouvelles préparations de Tuberculine.

Par le Professeur Robert Koch (de Berlin).

Depuis qu'ont été publiées mes recherches sur la tuberculine, j'ai continué sans interruption à étudier l'utilisation de cultures de bacilles tuberculeux pour le traitement de la tuberculose; je crois aujourd'hui être assez avancé dans mes travaux pour me permettre de publier les résultats obtenus.

Le produit ultime des recherches de ces dernières années paraîtra simple et semblera pour ainsi dire se comprendre de lui-même. Mais tous ceux qui ont étudié la question de la tuberculose savent combien pénibles et longues sont les recherches de ce genre et comment la persévérance et la patience du chercheur sont mises à une rude épreuve. C'est pourquoi il me paraît nécessaire de témoigner à cette place ma reconnaissance à M. le Dr M. Beck, qui m'a sans relâche assisté dans mes travaux.

L'emploi des bactéries et de leurs produits dans un but curateur et prophylactique aboutit toujours à une sorte d'immunisation : je crois donc utile de déterminer en quelques mots le point de vue que je défends dans les questions de ce genre, pour éviter d'être mal compris ultérieurement.

Au début, on considérait que l'immunisation contre les maladies infectieuses constituait un problème simple et indivisible. Mais on est peu à peu venu à cette conviction, que l'immunité peut être une chose simple, mais qu'elle ne l'est pas nécessairement et qu'elle peut être la résultante de deux et peut-être même de plusieurs facteurs. La démonstration de ce fait sera facile au moyen de quelques exemples.

Behring et Kitasato ont démontré que des animaux peuvent être immunisés contre le tétanos. On se sert dans ce but des liquides filtrés provenant des cultures, c'est-à-dire des produits solubles dans l'eau des bacilles du tétanos : parmi ces produits se trouve le poison tétanique spécifique. Les animaux immunisés sont à l'abri des effets de cette toxine, même si on expérimente avec de très hautes doses de cette dernière : il est vrai que ce résultat ne dure qu'un certain temps. L'immunisation n'a pas d'effet sur les bactéries du tétanos elles-mêmes, car elles continuent à végéter sans encombre dans l'organisme immunisé, autant que le leur permettent leurs propriétés strictement anaérobies. Nous avons donc affaire ici à une pure et simple immunisation antitoxique : il pourra en fin de compte arriver, quand cette immunité artificielle aura disparu au bout de quelques semaines, que la toxine tétanique produite continuellement par les bacilles tétaniques à l'intérieur de l'organisme immunisé, ne sera plus rendue inactive : l'animal pourra à ce moment succomber au tétanos, sans qu'une nouvelle infection par bacilles tétaniques ait été nécessaire.

Les conditions inverses s'observent dans le choléra et la fièvre typhoïde. Les

recherches de Pfeiffer ont démontré pour ces maladies que les animaux immunisés au moyen de cultures fraîches sur agar se montrent à la vérité réfractaires à l'action des bactéries vivantes, mais ne sont pas protégés contre l'action des toxines produites par ces bactéries. Les bactéries du choléra et de la fièvre typhoïde sont en effet détruites dans l'organisme immunisé dans un temps étonnamment court, tandis qu'on n'est pas encore parvenu à immuniser des animaux au delà d'une dose limite de toxine bien déterminée : dans ce cas l'immunisation est purement bactérienne, c'est-à-dire uniquement dirigée contre les bactéries elles-mêmes.

L'idéal d'une immunisation sera toujours de protéger l'organisme de l'animal et de l'homme non seulement contre quelques-unes des influences nocives que les microbes pathogènes apportent avec eux, mais d'obtenir cette protection contre toutes ces influences. Les questions de cet ordre jouent aussi un grand rôle dans l'étude de la tuberculose.

Il semble au premier abord qu'il n'existe aucune espèce d'immunité contre la tuberculose, car elle peut durer pendant des années chez l'homme sans que la réceptivité pour la maladie s'atténue. Même dans les cas où une guérison a été obtenue, le sujet ne possède aucune immunité en présence d'une nouvelle invasion de bacilles tuberculeux : l'expérience nous démontre qu'au contraire sa réceptivité pour une nouvelle infection tuberculeuse sera accrue. On peut cependant déceler certains faits qui parlent en faveur d'une sorte d'immunisation dans des conditions déterminées. Je trouve ces indications dans les observations que l'on peut faire en étudiant la tuberculose miliaire de l'homme et la tuberculose expérimentale du cobaye. On observe à l'ordinaire dans ces cas un stade dans lequel les bacilles tuberculeux, qui existaient d'abord en abondance, disparaissent à ce point qu'il faut les chercher avec beaucoup de soin pour arriver à en trouver quelques-uns. Cette constatation est faite pour surprendre, car nous verrons plus tard que les bacilles tuberculeux expérimentalement introduits dans l'organisme sont résorbés d'une manière extraordinairement lente. Il semble donc qu'en effet, dans les cas de ce genre, se développe un processus d'immunisation de nature purement bactérienne. Ce processus se manifeste malheureusement trop tard pour profiter à l'organisme : mais ces observations m'ont déterminé, dès le début de mes travaux, à rechercher sans relâche un procédé permettant de provoquer cet état d'immunité dans le stade initial de la tuberculose, à un moment où il peut présenter encore quelque utilité. Les deux processus dont je viens de parler offrent un point commun, celui d'inonder l'organisme, en peu de temps, de bacilles tuberculeux. Cette circonstance me paraît précisément expliquer pourquoi, dans les circonstances ordinaires, on n'obtient pas d'immunité marquée contre la tuberculose. En général, on reconnaît que les bacilles tuberculeux n'arrivent à se développer qu'en petit nombre dans les tissus de l'organisme humain, et que leur croissance est très lente : ils sont en général environnés de tissus nécrosés et n'arrivent à être résorbés que longtemps après, lorsqu'ils sont eux-mêmes morts et qu'ils ont incontestablement subi des modifications chimiques profondes. Dans les points où les bacilles tuberculeux pullulent, par exemple dans les cavernes ou à la surface des muqueuses, ils sont éliminés sans subir de modifications et ne sont pas résorbés du tout. Dans ces conditions il ne peut être question d'une immunisation : cette dernière ne peut être obtenue que lorsque de nombreux bacilles tuberculeux arrivent, comme dans la tuberculose miliaire ou la tuberculose du cobaye, à se répandre rapidement dans l'organisme entier et à provoquer des réactions actives dans l'intimité des tissus vivants.

Pour obtenir une immunité artificielle, il faudrait arriver à se trouver dans des con-

ditions aussi identiques que possible à celles que nous venons de décrire. Mais ce problème présente des difficultés pour ainsi dire insurmontables. Tous les essais tentés dans le but d'arriver à provoquer la résorption de bacilles tuberculeux vivants, non modifiés, ou même morts en une quantité appréciable, ont échoué entre mes mains, que je me sois servi de la voie hypodermique, de la voie intra-péritonéale ou de la voie intra-vasculaire. Beaucoup d'autres chercheurs sont arrivés au même résultat négatif. Les bacilles tuberculeux morts, injectés sous la peau, provoquent infailliblement des suppurations, et on peut pendant des mois déceler dans les abcès leur présence en grande quantité : ils continuent à se colorer très facilement. Quand on les introduit dans la cavité abdominale ils sont plus aisément résorbés, et je suis parvenu par cette voie à obtenir une immunisation marquée. Mais, dans les cas de ce genre, on observe régulièrement des inflammations circonscrites avec toutes leurs conséquences, telles que synéchies des organes abdominaux entre eux, coudures et occlusions intestinales, etc., auxquelles succombe une proportion élevée des animaux en expérience. Les bacilles tuberculeux morts, injectés dans les vaisseaux sanguins de lapins, par exemple, provoquent le développement dans les poumons de nodules tuberculeux semblables à ceux qui se forment sous l'influence des bacilles vivants : on retrouve même après un temps très long, les bacilles tuberculeux non modifiés à l'intérieur des nodules. Ici encore la résorption ne s'effectue pas d'une façon satisfaisante.

Ces expériences m'ayant démontré que les bacilles tuberculeux non modifiés ne se prêtent pas à des essais d'immunisation, j'essayai de les rendre résorbables par action chimique. Les seuls procédés qui donnèrent quelques résultats sous ce rapport consistèrent dans le traitement des bacilles tuberculeux par des acides minéraux dilués ou des alcalis forts à la température de l'ébullition. De cette façon je parvins en effet à modifier à ce point les bacilles tuberculeux, qu'ils purent être résorbés en totalité, mais lentement, par le tissu cellulaire sous-cutané, et cela en grandes quantités. Il est vrai que je n'obtins pas de cette façon de tendance à l'immunité et il est probable que l'influence de ces réactifs chimiques exerce sur la substance des bacilles de trop grandes modifications pour que les propriétés immunisantes ne soient pas détruites.

Cette voie ne m'ayant donc pas non plus donné de résultat, je cherchais à arriver à l'immunisation, en extrayant des bacilles tuberculeux des substances résorbables, sans utiliser les résidus bacillaires.

Je commençai par l'extraction au moyen de la glycérine, et je découvris ainsi la tuberculine. La tuberculine présente la propriété extrêmement précieuse de provoquer une réaction caractéristique quand on l'injecte en très petites quantités sous la peau d'hommes ou d'animaux atteints de tuberculose. Cette propriété sert en premier lieu à déceler la tuberculose dans ses tout premiers stades, à un moment où l'examen physique ne révèle aucun symptôme morbide et où les succès thérapeutiques sont justement le plus faciles à obtenir. L'utilité de la tuberculine comme adjuvant au diagnostic, que j'avais fait ressortir avec la plus grande insistance dans ma première publication sur ce sujet, a été consacrée de plus en plus avec le temps. La tuberculine est aujourd'hui employée dans la plupart des pays civilisés pour permettre de déceler la tuberculose des bovidés à ses débuts. La lutte méthodique contre cette maladie si répandue est basée sur la réaction à la tuberculine, et elle a déjà donné de très bons résultats. On a fait des milliers d'injections de tuberculine chez des bovidés, et on a pu ainsi s'assurer qu'il n'y avait pas lieu de craindre que la réaction spécifique provoquât la mobilisation des bacilles tuberculeux et leur dissémination dans les régions encore saines de l'organisme. Cette

constatation concorde entièrement avec les résultats de mes propres recherches concernant plus de mille cas d'injections de tuberculine chez l'homme, dans un but de diagnostic précoce de la tuberculose : sous peu, le Dr Nietner, médecin d'état-major, publiera un rapport à ce sujet. Dans les cas dont je parle, je n'ai jamais pu découvrir aucun phénomène semblant indiquer une mobilisation ou une dissémination des bacilles tuberculeux. Il serait vraiment temps d'abandonner ce préjugé ridicule de la mobilisation du bacille tuberculeux, en tenant compte des faits que je viens de citer, et d'utiliser la tuberculine dans un but de diagnostic pour combattre utilement la tuberculose de l'homme, comme on le fait pour celle des bovidés. Je ne puis que répéter ce que j'ai dit autrefois, c'est que pour la tuberculose, la prophylaxie est incomparablement plus importante que tous les traitements.

Une autre utilisation de la tuberculine consiste dans son emploi thérapeutique dans la tuberculose. Comme après chaque réaction à la tuberculine on observe une amélioration indéniable du processus tuberculeux, on se décida aisément à continuer les injections aussi longtemps que l'on pouvait obtenir une amélioration. Cette intervention ne put être cependant continuée indéfiniment : la faculté de réagir disparaît peu à peu et avec elle, cela va sans dire, l'efficacité de la tuberculine. On finit par obtenir vis-à-vis de la tuberculine, une immunisation complète qui peut durer quelques mois. L'immunisation n'a pas d'influence sur les bacilles tuberculeux eux-mêmes, il s'agit donc dans ce cas d'une immunité vis-à-vis des toxines, et non vis-à-vis des bactéries. Malheureusement, il arrive fort souvent que la faculté de réaction à la tuberculine a déjà disparu avant que la guérison complète n'ait été obtenue. On observe alors des récidives, que l'on devra à nouveau traiter par les injections de tuberculine, dès que la réaction peut à nouveau être obtenue. Par cette méthode, quand on a l'habileté et la persévérance nécessaire, on peut, je ne dis pas dans tous les cas de tuberculose non compliquée, mais dans un grand nombre d'entre eux, arriver à une guérison ou au moins à une amélioration manifeste. C'est pourquoi je considérerais aujourd'hui encore la tuberculine comme le meilleur remède antituberculeux parmi tous ceux que nous possédons, si dans l'intervalle je n'avais pas réussi à obtenir des préparations immunisantes vis-à-vis des bactéries, extraites de cultures de bacilles tuberculeux.

Il va sans dire que même après la découverte de la tuberculine, je continuai à rechercher le moyen de produire des substance immunisantes vis-à-vis des bactéries. Parmi les nombreuses expériences que j'ai instituées dans ce but et abandonnées ensuite, je voudrais en rappeler une qui m'a coûté plus d'une année d'effort et est très instructive sous plusieurs rapports. Il s'agit d'un produit résultant de l'action de la lessive de soude normale à 1/10 sur les bacilles tuberculeux.

Les bacilles, intimement mélangés au réactif, furent pendant trois jours, à la température de la chambre, fréquemment agités : le liquide surnageant au-dessus des cultures fut filtré au papier-filtre et ensuite neutralisé. Le liquide clair, légèrement jaunâtre, ainsi obtenu, n'était pas entièrement exempt de bacilles tuberculeux, car il en contenait suffisamment, pour que sous un couvre-objet ordinaire on pût retrouver cinq à dix bacilles dans le champ visuel. Ces bacilles n'étaient jamais en amas, mais toujours isolés. Il va sans dire que ces bacilles étaient certainement morts, car des expériences préalables m'avaient démontré que ces organismes meurent déjà au bout de douze à quinze heures dans de la lessive normale de soude à 1/10. La préparation fut désignée, à cause de sa réaction alcaline, sous les initiales TA.

Les essais faits avec le liquide TA me démontrèrent qu'il présente, même à très

petites doses, des réactions tout à fait analogues à celles de la tuberculine, mais ces réactions ont une durée un peu plus longue : la faculté de réagir au liquide TA était aussi plus longtemps conservée. Le phénomène principal consista dans le fait que les résultats obtenus se montrèrent plus durables que ceux que donne la tuberculine. Les récidives furent moins fréquentes et plus tardives. Cette préparation présentait cependant un inconvénient qui me força à l'abandonner par la suite. Lorsque j'arrivais à une dose déterminée, assez forte il est vrai, il se formait au point d'injection des abcès entièrement stériles qui ne pouvaient provenir que de la présence, dans le liquide, de bacilles tuberculeux morts. Dans la suite, je filtrai le liquide à la bougie et éliminai ainsi entièrement les bacilles tuberculeux morts. Mais il restait sur le filtre, après la filtration, non seulement les bacilles, mais encore une certaine quantité d'une substance colloïde, et l'on put bientôt s'apercevoir que le liquide filtré ne provoquait plus, il est vrai, des abcès, mais qu'il ne présentait plus une activité supérieure à celle de la tuberculine ordinaire. Comme la préparation ne se conservait d'ailleurs pas longtemps et devait sans cesse être fraîchement préparée, j'ai fini par lui préférer l'extrait glycériné (tuberculine) qui est extrêmement stable.

Je considère comme un phénomène très important la formation régulière d'abcès à la suite d'injection d'une certaine dose de TA, car il nous est ainsi démontré qu'une accoutumance ou immunisation vis-à-vis des bacilles tuberculeux ayant conservé leur forme n'est pas à espérer quand on se sert de la méthode hypodermique. Au début on n'injecta que des doses tout à fait minimes, qui ne pouvaient contenir que des bacilles isolés et étaient encore très résorbables. Puis, on força insensiblement les doses, jusqu'au moment où, après vingt à trente injections, on arrive à la dose-limite provoquant des abcès. Si une accoutumance à l'injection de quantités élevées de bacilles tuberculeux était possible, elle eût dû se présenter avec cette manière de faire : cet événement ne se produisit pas. Il est évident que le tissu sous-cutané, capable de contenir une petite quantité de bacilles tuberculeux morts, ne peut résister à la présence de ces bacilles en nombre appréciable. Si l'on voulait, par cette méthode, incorporer à l'organisme une plus grande quantité de bacilles tuberculeux, il faudrait distribuer sur de nombreux points de la surface cutanée une quantité d'injections, ce qui n'est pratiquement pas réalisable.

Les expériences faites avec le liquide TA me suggérèrent l'idée de détruire mécaniquement, autant que faire se peut, les bacilles tuberculeux qui résistent à toute tentative de résorption quand ils sont intacts : de cette façon ils pouvaient être rendus plus attaquables aux éléments résorbants de l'organisme. Je fus confirmé dans ces idées par les observations que j'avais auparavant faites au sujet de la manière dont les bacilles tuberculeux se comportent chimiquement (1). Dans les expériences mentionnées ci-dessus, tendant à dissoudre les bacilles tuberculeux par des acides minéraux et des alcalis forts, j'avais trouvé que les bacilles contiennent deux substances chimiques particulières, qui ressortissent toutes deux au groupe des acides gras non saturés. L'un des acides est soluble dans l'alcool dilué et est saponifié facilement par la lessive de soude; l'autre ne se dissout que dans l'alcool absolu bouillant ou l'éther et se saponifie très difficilement. Les deux acides se colorent comme les bacilles tuberculeux, c'est-à-dire qu'ils se colorent en rouge intense par la fuchsine phéniquée et qu'ils conservent cette coloration même après avoir été traités par l'acide nitrique dilué et l'alcool. Au cours de ces mani-

(1) Ces recherches chimiques, accompagnées de quelques autres, ont été instituées en collaboration avec M. le Pr Proskauer : elles seront publiées sous peu.

pulations, le premier de ces acides se dissout dans l'alcool et est extrait des parties qui sont soumises à l'examen microscopique : si donc on colore des bacilles tuberculeux par cette méthode, il ne reste dans la substance de ceux-ci que le second acide, qui est insoluble à froid dans l'alcool : ce second acide fixe la matière colorante et constitue par conséquent la substance qui permet au bacille tuberculeux de prendre sa coloration spécifique. Au moyen de la lessive de soude bouillante, on peut déplacer lentement l'acide gras et le chasser hors des bacilles : le microscope permet alors de suivre le processus d'élimination avec facilité. On voit ainsi l'acide gras sortir du bacille sous l'aspect de gouttelettes qui se colorent aisément, et former par réunion des gouttelettes plus volumineuses : au début, les bacilles conservent leur forme, mais ils ne prennent plus leur coloration spécifique et leur coloration s'effectue d'une façon identique à celle des autres bactéries. Les acides gras forment, comme le montre l'image microscopique du bacille coloré, une couche continue dans le corps du microbe, ils le protègent contre toute influence nocive extérieure et sont cause que la résorption du bacille se fait si difficilement. Il était donc nécessaire de détruire cette enveloppe protectrice pour permettre au bacille tuberculeux d'être résorbé.

Les premières expériences instituées dans cette direction échouèrent sans exception : toutes les tentatives de broiement ou d'écrasement, faites avec ou sans le concours de substances dures pulvérulentes, laissèrent intacts les bacilles. Ce n'est que lorsque je me servis de cultures bien desséchées et que je les triturai sans rien y ajouter pendant longtemps dans un mortier d'agathe avec un pilon de même substance, que je puis reconnaître que le nombre des bacilles présentant la coloration spécifique diminuait et qu'à la fin il ne restait plus que peu de bacilles tuberculeux. Pour me débarrasser sûrement même de ces derniers, je dilluai la substance ainsi obtenue dans de l'eau distillée et la soumis à l'action de la force centrifuge. Au moyen d'un appareil très puissant (quatre mille rotations à la minute, pendant une demi-heure à trois quarts d'heure), je pus obtenir un liquide présentant deux couches, une supérieure blanchâtre et opalescente, mais tout à fait transparente et ne contenant plus de bacilles tuberculeux, et une inférieure d'aspect boueux, adhérente au fond du vase. Cette dernière couche fut desséchée, triturée à nouveau dans le mortier et soumise comme ci-dessus à la centrifugation; j'obtins de même une couche transparente supérieure et un résidu solide au fond du vase. Cette manipulation peut être continuée jusqu'à ce qu'il ne reste presque plus rien que les impuretés se trouvant dès l'abord dans les cultures ou y ayant été introduites par hasard plus tard (fibres de coton, poussières, etc.). Je pus donc de cette façon transformer facilement la masse entière de la culture bacillaire en une série de liquides entièrement transparents.

Cet essai, que chacun peut aisément répéter, fut le point de départ de mes travaux ultérieurs.

Je me convainquis en premier lieu par des expériences sur des animaux et plus tard sur des hommes que les préparations ainsi obtenues étaient toutes entièrement résorbées et ne provoquaient jamais d'abcès, à condition que la centrifugation préalable soit bien faite et que les liquides ne contiennent plus de bacilles tuberculeux susceptibles de se colorer. Plus tard je pus en outre reconnaître que le premier liquide obtenu se distingue seul essentiellement des suivants, mais que le second et les liquides ultérieurs ne diffèrent pas entre eux. J'ai donc désigné par le nom de tuberculine O (en abrégé TO) la couche supérieure obtenue par la première centrifugation, et par le nom de TR le résidu de la première opération que je soumets plus tard à des opérations successives.

En examinant au microscope les cultures triturées au mortier, on peut déjà voir que

les corps des bacilles tuberculeux n'ont pas été transformés en une masse homogène. On constate, en colorant à la fuchsine phéniquée et ensuite au bleu de méthylène, qu'il n'existe plus de masses colorées en rouge, on ne voit pas davantage des gouttelettes d'acides gras, mais on trouve en revanche des masses faiblement colorées, nuageuses, entourées de gouttelettes bleu foncé : ces dernières s'accumulent surtout sur les bords du champ visuel. Une fois la séparation en TO et TR effectuée, on trouve les masses nuageuses dans TR et les masses colorées en bleu en TO. Une autre différence consiste en ceci que l'addition de 50 0/0 de glycérine ne modifie pas TO, mais provoque en TR la formation d'un précipité floconneux blanc, au-dessus duquel se trouve un liquide tout à fait transparent. Je reviendrai ailleurs sur d'autres différences intéressantes au point de vue chimique, qui existent entre les deux liquides.

La manière de se comporter des deux liquides en présence de la glycérine permettait déjà de reconnaître que TR contient surtout les substances constitutives du bacille tuberculeux qui sont insolubles dans la glycérine et restent dans le résidu lorsque l'action dissolvante de la glycérine est épuisée, tandis que TO contient les substances solubles dans la glycérine. Cette donnée concorde avec les résultats expérimentaux obtenus chez les animaux et l'homme au moyen de ces deux préparations. TO présente des propriétés qui se rapprochent beaucoup de celles de la tuberculine ordinaire, elle correspond presque entièrement, au point de vue de ses effets, à TA que j'ai décrit plus haut (extrait alcalin), avec cette différence qu'il n'y a pas à craindre avec TO de formation d'abcès. Mais les qualités immunisantes de TO sont en revanche très peu marquées.

TR, au contraire, possède indubitablement des propriétés immunisantes au premier chef. Ce liquide provoque aussi des réactions chez les tuberculeux quand on s'est servi de doses trop élevées, mais son action est tout à fait indépendante de ces réactions. Tandis qu'avec la tuberculine ordinaire, comme aussi avec TA ou TO, on doit obtenir des réactions pour arriver à des effets curatifs, je cherche en employant TR à éviter autant que possible ces réactions et je m'efforce uniquement à faire disparaître chez le malade, aussi vite que possible et avec les plus grands ménagements, la susceptibilité pour les doses élevées. Je me propose, en d'autres termes, d'immuniser l'organisme contre TR, et par conséquent, ainsi que je pense pouvoir l'admettre, contre les bacilles tuberculeux eux-mêmes. TR contient tous les facteurs immunisants des cultures de bacilles tuberculeux, ainsi que le démontre déjà le fait qu'un homme immunisé vis-à-vis de TR, même si on a évité presque complètement les réactions au cours de l'immunisation, ne réagit plus vis-à-vis de doses élevées de la tuberculine ordinaire ou de TO : le sujet est en conséquence immunisé vis-à-vis de tous les produits constitutifs du bacille tuberculeux. J'ai constaté dans un si grand nombre de cas cette propriété de TR, qui m'a paru si importante, qu'aucun doute ne peut subsister sur l'exactitude de l'observation.

Pour que TR développe son action intégrale, il y a lieu, en cours de fabrication, de satisfaire à quelques conditions indispensables. En premier lieu, on se rappellera que toutes les cultures de tubercules ne conviennent pas pour l'obtention d'un liquide TR actif. J'ai pu reconnaître dans ces derniers temps, au cours d'expériences qui seront publiées ultérieurement, faites en commun avec le Dr Vagedes, que tous les bacilles tuberculeux ne présentent pas une virulence égale comme on le croyait jusqu'à ce jour. On constate qu'il existe des gradations assez importantes au point de vue de la virulence, même entre des cultures fraîches.

Les cultures continuées pendant longtemps dans les laboratoires ont dans la règle

beaucoup perdu de leur virulence : or, il ne faut utiliser, pour obtenir TR, que des cultures extrêmement virulentes. Les cultures peu virulentes ne fournissent que des préparations peu actives ou même entièrement inactives.

Les cultures ne doivent pas être trop vieilles, elles devront être manipulées à l'état aussi jeune que possible. Le dessèchement s'effectuera dans un dessiccateur où l'on peut faire le vide. Des manipulations différentes produiront facilement des modifications, de sorte que la substance deviendra moins soluble et en même temps aussi moins active. En thèse générale, on devra éviter toute intervention d'ordre chimique, quelque insignifiante qu'elle soit, car TR semble être très sensible à ces interventions. La même raison fait qu'il faut protéger contre l'action de la lumière aussi bien les cultures qui devront fournir le liquide que le liquide définitif.

Les cultures devront en outre être utilisées aussi fraîches que possible, c'est-à-dire dès qu'elles sont arrivées à la dessiccation complète; il serait nuisible à l'opération de vouloir les conserver longtemps. On ne peut broyer à la main des quantités supérieures à 100 milligrammes environ, et il faut une grande habitude pour se rendre maître de cette quantité de substance. On obtient une séparation suffisante de TO et de TR à la seule condition que TO, liquide tout à fait transparent, ait absorbé au moins 50 0/0 de la substance solide : si tel n'est pas le cas, TR contiendra une quantité plus ou moins grande de TO et on obtiendra, au moment de faire les injections, des réactions inopportunes.

Ceux qui veulent fabriquer TR ne doivent pas perdre de vue que des bacilles tuberculeux vivants et très virulents doivent être soumis, à l'état de dessiccation, à un broyage si minutieux qu'il est impossible d'empêcher la production de poussières. Je considère que les dangers de cette manipulation sont sérieux, et je dois avouer qu'au cours de ces essais j'avais le sentiment que je maniais des explosifs. Je n'ai pas employé de respirateur; il ne me parut pas que cet appareil puisse donner une protection suffisante, car il ne peut empêcher que les poussières bacillaires ne s'attachent aux habits et ne se répandent dans la chambre. Je ne crois pas par conséquent qu'il soit possible de fabriquer à la main de grandes quantités de TR. Ce n'est qu'en utilisant une force motrice appropriée et suffisante que l'on pourra obtenir en grandes quantités une préparation égale à elle-même, satisfaisant à tous les desiderata et exempte des dangers que la trituration fait courir. Une importante fabrique de produits chimiques a pris les mesures nécessaires pour alimenter la fabrication en grand : cette maison peut donc livrer les liquides TR et TO exactement conformes à mes indications.

Les liquides contiennent 20 0/0 de glycérine, ajoutée dans le but de permettre leur conservation : cette addition préserve suffisamment les préparations, d'après mes propres observations, contre la décomposition et est insuffisante pour faire passer TR à l'état insoluble.

L'emploi et le dosage du liquide sont très simples. Les injections seront pratiquées, exactement comme pour la tuberculine, dans la région dorsale et au moyen d'une seringue facile à stériliser. Le liquide contient par centimètre cube 10 milligrammes de substance solide : on devra l'amener à la dose nécessaire à son utilisation en le diluant au moyen de la solution physiologique de chlorure de sodium (ne pas employer de solution phéniquée). On commencera par 1/500me de milligramme (1). Cette dose est si minime que son emploi ne provoque qu'exceptionnellement une réaction; si par hasard ce phénomène se

(1) De substance solide. (*Note du traducteur.*)

produisait, il faudrait diluer davantage encore. Les injections sont faites tous les deux jours environ et l'on augmente lentement la dose, de façon à éviter autant que possible des ascensions thermiques supérieures à un demi-degré. S'il existe des hyperthermies produites par les injections, elles doivent avoir entièrement disparu avant que l'on procède à une injection nouvelle. Je suis à l'ordinaire arrivé à 20 milligrammes : si, à ce moment, il ne se produisait pas de réaction, je suspendais les injections ou je n'injectais à nouveau qu'après un long espace de temps.

Si l'on veut immuniser des animaux, on commence par donner la dose qu'ils parviennent à résorber facilement, c'est-à-dire 2 à 3 milligrammes chez le cobaye, et davantage, toutes proportions gardées, chez les animaux plus grands. Chez les animaux tuberculeux, on commencera, cela va sans dire, avec des doses beaucoup plus faibles, car une dose de 2 milligrammes peut, dans certaines conditions, être déjà mortelle.

Pour les effets que doit donner TR, je m'en tiendrai ici à quelques brèves remarques, me réservant de revenir plus tard sur ce sujet et de donner un rapport circonstancié sur le traitement des malades.

Pour immuniser des animaux sains ou traiter des animaux malades, il importe surtout d'injecter des doses aussi élevées que possible. Il va sans dire que ces doses seront ainsi calculées qu'elles puissent être encore facilement résorbées; ce phénomène peut être aisément contrôlé par l'examen de l'infiltration qui se produit au point d'injection. En me conformant à ces règles, j'ai réussi à immuniser entièrement un grand nombre de cobayes; ces animaux ont supporté à diverses reprises des vaccinations faites avec des cultures virulentes sans qu'il se soit produit d'infection. Les vaccinations ne laissèrent pas de traces, et les ganglions inguinaux voisins des points où l'on avait vacciné ne présentèrent dans quelques cas aucune modification même plusieurs mois après la vaccination; dans d'autres cas, ils étaient un peu augmentés de volume, mais n'offraient pas de modifications tuberculeuses appréciables : on ne put trouver dans leur substance des bacilles tuberculeux.

Sur un des groupes d'animaux, l'immunisation n'était pas encore terminée au moment de la première vaccination. Dans ces cas le point vacciné était, il est vrai, cicatrisé, mais les ganglions inguinaux se caséifièrent. Les organes internes au contraire étaient exempts de tuberculose, tandis que les animaux de contrôle présentaient une tuberculose généralisée très avancée dans les poumons, la rate et le foie.

Je considère comme arrivés à un degré encore moins marqué d'immunisation au moment de la vaccination les animaux en expérience qui ne présentaient que de la tuberculose pulmonaire, tandis que le foie et la rate n'offraient que des traces de tuberculose ou en étaient entièrement exempts. Je n'ai vu cette distribution de l'infection, en dehors des cas dont je parle, que chez des cobayes tuberculeux qui avaient été soignés avec de la tuberculine ordinaire à un moment où leur maladie était déjà arrivée à un stade avancé.

Chez les cobayes qui reçurent des injections de TR après avoir été au préalable infectés de tuberculose, je trouvai sans exception des modifications régressives plus ou moins avancées dans les organes qui étaient déjà tuberculisés au moment où le traitement fut institué. Ces constatations furent surtout faites sur le foie et la rate. Dans le foie on ne trouva plus de foyers nécrosés de couleur jaunâtre, mais bien des sillons et des dépressions à la surface de l'organe, et qui donnaient à ce dernier un aspect mamelonné spécial. La rate présentait avoir des parties ratatinées, et cet état se montrait dans quelques cas si avancé, qu'il ne restait de l'organe que de fort petits fragments ne pouvant être décelés qu'après un examen minutieux.

J'ai en général remporté de ces recherches l'impression que l'immunisation complète se montre environ deux à trois semaines après l'emploi de fortes doses. Une guérison de la tuberculose chez le cobaye, qui présente, comme on sait, la maladie dans sa forme rapide, ne peut être obtenue que lorsque le traitement est institué de bonne heure, une ou deux semaines déjà après la vaccination.

Cette dernière règle s'applique aussi à l'homme atteint de tuberculose; on ne doit pas, chez lui, commencer le traitement trop tard. Au début on donne des doses si minimes qu'on ne peut encore en attendre une immunisation appréciable : ce n'est que lorsqu'on arrive à des doses plus élevées, 5 décigrammes à 1 milligramme, que l'on constate des effets immunisants indéniables. L'utilisation de la préparation est donc limitée. Un malade dont l'état ne peut faire espérer davantage qu'une survie de peu de mois, n'en tirera aucun profit. Il n'est pas plus rationnel de vouloir avec ce produit soigner des malades atteints d'infections secondaires, surtout de celles qui sont dues à la présence du streptocoque : dans les cas de ce genre, des processus septiques ont relégué entièrement à l'arrière-plan la tuberculose. Il est bien compréhensible, en effet, qu'une immunisation antituberculeuse ne puisse exercer d'influence au moins immédiate sur des streptocoques et d'autres microbes pathogènes qui jouent souvent un rôle si délétère dans la tuberculose avancée. Les états de ce genre se reconnaissent déjà à la courbe thermique et l'expérience a démontré sous ce rapport que des malades dont la température dépasse 38° ne sont qu'exceptionnellement justiciables du traitement spécifique de la tuberculose.

J'ai essayé la préparation nouvelle sur un assez grand nombre de malades appropriés, parmi lesquels se trouvaient aussi des cas de lupus : j'ai obtenu chez tous, sans exception, une amélioration considérable qui va beaucoup plus loin que celle qu'on obtient avec la tuberculine ordinaire ou avec le liquide TA. Je ne parle que d'*amélioration*, et cela intentionnellement, bien que plusieurs cas auraient pu être considérés comme guéris si on s'en tient à la symptomatologie courante. Mais je considère qu'il est prématuré d'employer le terme de guérison avant qu'un espace de temps suffisant se soit passé sans récidive.

Chez les malades atteints de lupus, se présenta le phénomène remarquable que les réactions locales restèrent minimes et que malgré cela une amélioration ininterrompue se manifesta. De même les réactions violentes, suivies d'infiltration passagère des territoires pulmonaires atteints, qui sont connues depuis l'emploi de la tuberculine, firent défaut chez les phtisiques. Avec TR le seul symptôme local consiste en une augmentation peu importante des râles : ce symptôme cédait bientôt. Au bout de quelques injections déjà, le nombre des crachats diminuait, souvent même ces derniers disparurent entièrement, et avec eux, cela va sans dire, les bacilles tuberculeux : correspondant à cette disparition on nota celle des râles dans les territoires pulmonaires atteints, et la matité diminua d'étendue.

Je n'ai observé dans aucun cas, en cours de traitement, des accidents consécutifs inquiétants ou des troubles dans la santé générale qu'on aurait pu expliquer par l'influence des injections. Presque tous les malades augmentèrent de poids dès le début et arrivèrent sous ce rapport à des résultats fort appéciables à la fin du traitement. Ce qui frappait surtout à l'examen des feuilles de températures, ce furent les modifications de la courbe thermique chez les malades qui présentaient les oscillations classiques journalières d'un degré et davantage. Le tracé auparavant en zigzag s'aplanissait de plus en plus pour arriver peu à peu à la normale presque horizontale et passant au-dessous et très près de 37 .

Je n'ose encore prétendre que la méthode jusqu'ici adoptée par moi pour les injections de TR, et consistant dans l'emploi de doses minimes initiales injectées sous la peau pour arri-

ver à 20 milligrammes environ, soit la meilleure. Il est possible que d'autres procédés ou peut-être des combinaisons thérapeutiques avec TO ou des préparations de sérum, obtenus par l'entremise de TO ou de TR (1), mèneront plus rapidement et plus sûrement au but : des recherches ultérieures éclairciront ce point. Mais je crois pouvoir affirmer avec certitude ce fait qu'il ne faut plus s'attendre à pouvoir perfectionner encore les préparations elles-mêmes. Il s'agit de cultures extrêmement virulentes, fraîches, qui étaient encore vivantes quelques instants auparavant et ont été rendues solubles sans intervention de réactifs chimiques.

On ne peut obtenir un meilleur produit de ce genre, et tous les résultats thérapeutiques que peuvent donner des cultures provenant de tubercules, doivent pouvoir être atteints avec ces préparations.

NOTA. — *Un envoi de quelques flacons de tuberculine ayant été adressé à la* Revue, *pour faciliter des essais thérapeutiques, nous tenons ces flacons gratuitement à la disposition de ceux de nos abonnés qui nous en feront la demande, — ceci sans préjuger en aucune façon de la valeur du produit et dans le seul but de faciliter à nos lecteurs des recherches intéressantes. Pour les abonnés de province et de l'étranger, joindre à la demande le prix du port.*

Essai d'une théorie nouvelle de la chlorose.

Emploi thérapeutique du thymus dans cette affection.

Par le Dr R. BLONDEL,

Ex-préparateur à la Faculté de médecine, Licencié ès sciences.

(Communication à la *Société de thérapeutique*, séance du 7 avril 1897.)

Malgré toute l'activité qu'a présentée à la Société de thérapeutique la discussion entamée sur la chlorose, je crois ne blesser aucun de ceux qui y ont pris part en constatant que la question reste entière, du moins quant à la pathogénie de l'affection. La porte demeure donc ouverte à toutes les explications qui permettront de systématiser d'une façon plus nette et plus compréhensive les faits cliniques acquis définitivement et dont l'interprétation seule peut varier.

Parmi les théories le plus récemment formulées, se manifeste un courant d'opinion dont M. Barbier n'a peut-être pas assez tenu compte dans son rapport d'autre part si remarquable : je veux parler de la tendance qui porte à regarder aujourd'hui la chlorose comme étant avant tout un état d'*intoxication*. Pour M. Charrin, la chose paraît si peu douteuse que, laissant de côté toutes les recherches entreprises par M. Hayem et tant d'autres pour arriver à démontrer que la chlorose est une maladie de l'hématopoièse, il déclare que les altérations globulaires elles-mêmes, chez les chlorotiques, n'ont pas ici plus de valeur que dans la plupart des autres intoxications. « On peut les réaliser, dit-il, à l'aide de divers poisons. » Donc, la maladie globulaire serait pour lui un effet et non une cause.

(1) Des essais d'obtention de sérums par l'entremise des liquides TO et TR sont déjà en voie d'exécution.

Cette intoxication, les premiers auteurs qui l'ont envisagée en ont cherché l'origine du côté de l'intestin : (Duclos[1], Forscheimer[2], Mongour[3]) et l'ont rattachée à des ptoses viscérales (Meynert[4]), spécialement à l'irritation du plexus solaire par la ptose généralisée des viscères abdominaux (Rémond[5]).

Mais, dans toutes ces théories, il semble que l'on ait un peu négligé deux faits qui doivent frapper de suite le clinicien qui étudie la chlorose. C'est : 1° sa date constante d'apparition, la puberté ; 2° sa prédominance marquée, son exclusivité presque pour le sexe féminin (6). Ajoutez à cela la fréquence de l'aménorrhée chez les chlorotiques, les bons résultats que donnent dans cette maladie l'éveil du fonctionnement des organes génitaux (mariage, emménagogues, etc.); de là à voir dans un trouble de la fonction ovarienne la cause primordiale de la chlorose, il n'y avait qu'un pas.

Charrin (7), après avoir fait une part à la théorie de la congénitalité (Saint-Martin (8) comportant l'aplasie artérielle (Virchow) et l'insuffisance vasculaire des émonctoires, suppose que la cause de la chlorose réside dans l'insuffisance d'élimination par le sang menstruel d'un poison dont l'organisme se débarrasse par cette voie ; il fait remarquer la toxicité du sang menstruel, les troubles que l'on observe dans la période prodromique des menstrues (herpès, céphalées), ceux que présentent les nourrissons des femmes qui deviennent réglées pendant l'allaitement, etc. Pour M. Charrin, il semble que ce soit l'aménorrhée qui amène la chlorose, et d'avance, à l'objection possible de ce fait qu'il y a des chlorotiques abondamment réglées, il répond que la quantité de sang éliminée ne prouve pas plus que la polyurie de certains brightiques, dont le rein n'en est pas moins un mauvais filtre restant fermé à certains poisons.

Cette comparaison, dirons-nous, est peut-être un peu arbitraire, car il reste à démontrer que la toxicité du sang menstruel des chlorotiques bien réglées est moindre qu'à l'état normal, et M. Charrin a négligé de faire cette preuve jusqu'à présent.

Enfin, et par-dessus tout, il faudrait démontrer que l'hémorragie menstruelle est la porte de sortie obligée de ces toxines hypothétiques, bien que probables.

Il est acquis, je le sais, que cette hémorragie est une fonction imprescriptible de l'organisme féminin, que, faute de l'hémorragie utérine, des menstruations vicariées s'établissent par le poumon, l'estomac, le nez, les mamelles, la peau même ; que la saignée mensuelle apporte le même soulagement aux femmes privées de leurs règles par la ménopause ou par le chirurgien. On peut donc admettre qu'un poison est sécrété *quelque part* dans l'économie, déversé peu à peu dans le sang et que l'intoxication progressive atteint la saturation au bout de trois ou quatre semaines, ce poison spécial ne trouvant issue par aucun des émonctoires naturels, et l'effraction du réseau vasculaire *en un point quelconque* étant indispensable pour en décharger l'économie.

Mais on peut objecter, par contre, que certaines femmes privilégiées sont réfractaires

(1) Duclos, *Jour. de clin.*, 1893, p. 408.
(2) Forscheimer, *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1894.
(3) Mongour, *Arch. clin. de Bordeaux*, n° 11, 1896.
(4) Meynert, *Berl. klin. Woch.*, 1894.
(5) Rémond, in *Thèse* de Bourdon. Toulouse, 1896.
(6) Cependant, Martin (de Montréal) a récemment décrit quatre cas de chlorose chez de jeunes garçons de 24 à 27 ans, et Rider a rencontré la maladie chez des femmes âgées de 36, 40 et 42 ans.
(7) Charrin, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 2 janvier 1896. *Poisons de l'organisme*, 3e vol. *Poisons des tissus*, 1897, p. 107.
(8) Saint-Martin, *Thèse de Toulouse*, 1896.

à ce poison ou échappent à sa production dans leur organisme : on connaît des aménorrhéiques exemptes de tout trouble de ce genre, et même quelques femmes qui n'ont jamais été réglées du tout et ne s'en portent pas plus mal : nombre de femmes arrivent à la ménopause ou subissent la castration chirurgicale sans présenter aucun trouble, aucun signe d'intoxication. Ce sont des exceptions, je le veux bien ; mais il y a là, malgré la théorie, des faits cliniques incontestables qu'on ne peut laisser de côté et qui tendent à prouver que s'il y a sécrétion de poison, l'organe qui le produit peut présenter des différences individuelles de développement, ou que certains organismes présentent à cet égard une résistance toute spéciale à l'intoxication.

D'autre part, et c'est là une grave objection à faire à la théorie de M. Charrin, si les exceptions à l'intoxication aménorrhéique sont assez nombreuses, innombrables sont les jeunes filles aménorrhéiques qui échappent à l'intoxication spéciale se traduisant par le syndrome chlorose. Non seulement toutes les aménorrhéiques ne sont pas chlorotiques, mais il y a des chlorotiques qui sont bel et bien réglées, abondamment même, et nous avons vu que M. Charrin, qui a prévu cette objection facile, ne s'en dégage que par une comparaison peu satisfaisante en somme ; le pouvoir de sélection admis pour l'épithélium rénal, n'est rien moins que démontré pour l'épithélium utérin, qui a d'ailleurs ici le premier tort d'être absent en presque totalité au moment de l'hémorragie menstruelle.

La théorie de Charrin, tout en ayant l'avantage de tenir compte pour la première fois du facteur génital dans l'étiologie de la chlorose, est donc incomplète. Outre qu'elle reste silencieuse sur le rôle que joue l'ovaire en tout ceci, elle confond aménorrhée et chlorose, sans dégager nettement ce qui est propre à chacune d'elles.

Spillmann et Etienne (1) ont fait faire un pas de plus à la théorie génitale. Ils ont supposé à l'ovaire un triple rôle : 1° ovigénèse ; 2° élimination des toxines de Charrin par le sang menstruel ; 3° sécrétion interne analogue à celle du testicule et ayant un rôle dans la nutrition générale.

Ils ont vu dans l'insuffisance de l'ovaire, à ce triple point de vue, la cause de tous les phénomènes de la chlorose ; ils acceptent de tout point la théorie de M. Charrin, qu'ils complètent en rendant l'ovaire responsable de l'aménorrhée, et admettent son explication par comparaison avec le rein, pour les chlorotiques bien réglées : mais ce qui est plus important, ils prononcent pour la première fois le mot *antitoxique* attribué à la sécrétion interne de l'ovaire.

Se guidant d'après ces considérations théoriques, MM. Spilmann et Etienne ont donné à dix chlorotiques pures de l'ovarine, de la poudre d'ovaires desséchés, de l'extrait glycériné d'ovaires frais, et ont obtenu des effets remarquables. Toutes les malades, dès la première prise, ont éprouvé des douleurs vives dans le bas-ventre, de la céphalée, et une augmentation de la température ; l'ovarine de Merck a surtout amené ces phénomènes, qui simulent l'intoxication prémenstruelle, et, chose singulière, elle les a produits chez quatre autres malades du service, non chlorotiques, à qui on l'a administrée comme contre-épreuve. Dans les observations très consciencieuses des deux auteurs, on remarque une accoutumance graduelle des malades à ces signes d'intoxication, l'état général s'améliore peu à peu, les règles réapparaissent ; mais il semble bien que l'amélioration a précédé le retour de celles-ci, et dans l'observation II, le fait est tout particuliè-

(1) Spilmann et Etienne. Congrès de Nancy, 1896. *Essai de traitement de la chlorose par l'ovarine et le suc ovarien.*

rement démonstratif puisque la malade quitta l'hôpital *guérie de sa chlorose* et ne vit réapparaître ses règles que *trois mois plus tard*. Comment concilier ce fait avec la théorie de M. Charrin?

D'autres observations d'ailleurs sont venues depuis (1) et ont établi que l'administration de l'ovaire en poudre ou en extrait glycériné améliore les troubles généraux consécutifs à la ménopause naturelle ou chirurgicale, à l'aménorrhée simple et enfin à la chlorose : le retour et la régularisation des règles a été noté dans ces deux derniers cas. En général ces observations ne présentent pas la précision et la rigueur d'observation clinique du remarquable travail de Spillmann et Etienne. On a fini par demander à l'ovaire de guérir tous les troubles que l'on croyait pouvoir rattacher à la sphère génitale de la femme. M. Jacobs (de Bruxelles) (2), a noté non seulement le retour de l'écoulement menstruel chez les femmes non ou mal réglées, mais l'arrêt des métrorrhagies de la ménopause, ce qui prouve que nous sommes encore loin d'avoir l'explication définitive du rôle de la glande ovarienne et de son suc (3).

La théorie de Spillmann et Etienne, bien qu'ils aient eu le tort, à mon avis, d'y annexer la théorie contestable de M. Charrin (4), a fait faire un grand pas à la question de la pathogénie de la chlorose. Pour la première fois, avons-nous dit, la sécrétion interne de l'ovaire était mise en cause et le pouvoir antitoxique de celle-ci était entrevu.

C'est en effet de ce côté que, selon nous, il convient de rechercher le rôle de l'ovaire dans la chlorose. Les faits déjà cités de chlorose avec persistance des règles, la guérison de la chlorose précédant la disparition de l'aménorrhée, montrent bien, ce qu'on pouvait déja prévoir, que la chlorose n'est pas le résultat de l'aménorrhée. Tout au contraire, dirons-nous, il est beaucoup plus probable que c'est la chlorose qui commence et que *l'aménorrhée n'est que la conséquence de la chlorose.*

Pour nous, la chlorotique est une intoxiquée, et il est probable que l'absence de sécrétion interne de l'ovaire est une cause essentielle dans cette intoxication à facteurs multiples : mais si les règles sont chez elles suspendues ou irrégulières ou insuffisantes, il faut considérer qu'elles le sont de même dans toutes les grandes intoxications et les infections généralisées, la tuberculose, la fièvre typhoïde, la malaria, le saturnisme et

(1) Mund, Knauer, Chroback, Landau, Hégar, Marcuzes, Jayle, Touvenaint, Jacobs, etc.

(2) Jacobs. *La Policlinique*. Bruxelles, 1er décembre 1897.

(3) Ceci n'est pas une critique : si l'on parvient à démontrer que le suc ovarien exerce une action tonique sur la contraction utérine, cette double action qui n'est contradictoire qu'en apparence, s'expliquera aisément : l'ergot de seigle, à la fois hémostatique et emmenagogue, agit ainsi, et, malgré l'obscurité qui plane encore sur le mécanisme intime de la menstruation, on sait que le spasme du corps de l'utérus, entravant la circulation veineuse de retour, est une des causes de l'apoplexie de la muqueuse et de l'effraction des capillaires de l'endométrium, source de l'hémorragie.

(4) « La glande ovarienne peut être considérée : 1° comme une glande ayant une sécrétion externe, l'*ovule;* 2° comme une glande chargée d'*éliminer* par le sang menstruel l'*excès des toxines organiques* qui se forment en excessive quantité dans l'organisme féminin... » Spillmann et Etienne, *loc. cit.* Plus loin on lit : « Dans tous ces cas (*chlorose*) les fonctions multiples de l'ovaire sont modifiées; on voit cesser *l'ovulation* (!) et, secondairement, en même temps qu'elle, le flux menstruel... » Ceci n'est pas absolument exact : car, outre que rien ne prouve que l'ovulation soit suspendue dans la chlorose, cette phrase implique la dépendance de l'ovulation et de l'hémorragie menstruelle. On sait que l'ovulation existe même dans l'aménorrhée, parfois même après la ménopause. Il y a des cas connus de grossesse chez des femmes qui n'ont jamais été réglées. La ponte ovulaire se produit plusieurs jours avant l'hémorragie menstruelle, en tout cas, à une distance très variable de celle-ci. La relation entre les deux phénomènes est hors de doute, mais elle se ramène à une action réflexe de l'ovaire sur l'appareil névro-vasculaire de l'utérus. La congestion accompagnant la rupture du follicule de Graaf paraît beaucoup moins être le point de départ véritable de celle-ci, que le résultat d'une même cause commune, encore obscure.

bien d'autres. C'est d'ailleurs ce que M. Charrin a admis, comme nous l'avons vu, pour les lésions du globule sanguin chez les chlorotiques, lésions qu'il regarde comme banales et relevant avant tout de l'intoxication. Nous dirons donc de l'aménorrhée dans la chlorose et avec plus de raison peut-être, ce qu'il admet si facilement lui-même des altérations sanguines dans les mêmes circonstances.

Mais cette aménorrhée comporte toute une série de troubles qui en sont la conséquence et auxquels n'échappera pas la chlorotique : bouffées de chaleur, céphalées, etc. En somme, il y a chez le sujet en proie à la chlorose deux séries superposées de symptômes : ceux de la chlorose et ceux de l'aménorrhée banale quand elle existe, comme c'est le cas ordinaire. La chlorose peut être soulagée indépendamment de l'aménorrhée, comme nous l'avons vu : réciproquement l'aménorrhée peut disparaître, ne pas exister même, et la chlorose n'en pas moins continuer son cours. Certains médicaments toutefois, comme l'ovarine, le fer, l'hydrothérapie, agissent sur les deux ordres de processus ; or ceci n'a rien d'absolument inattendu si nous plaçons le siège de l'intoxication chlorotique dans une insuffisance de l'action antitoxique de l'ovaire, et si nous admettons que c'est par l'intermédiaire des plexus ovariens que se règle la congestion utérine d'où naîtra l'hémorragie menstruelle.

Cette distinction, dira-t-on, n'a pas d'importance, puisque dans les deux cas, l'ovaire est le point faible et qu'en agissant sur lui on peut remédier aux deux processus du même coup. Je crois, au contraire, cette distinction très utile. A identifier, comme l'a fait M. Charrin, la chlorose et l'intoxication aménorrhéique, on ne s'explique pas pourquoi toutes les aménorrhéiques ne sont pas chlorotiques, ni pourquoi les chlorotiques peuvent être encore réglées.

J'ai dit que la cause de l'intoxication chlorotique, cherchée ailleurs que dans l'aménorrhée banale, et cependant dans le territoire de l'ovaire dont l'action est évidente ici, devait très vraisemblablement être attribuée à un poison que l'ovaire serait chargé de détruire et qu'il laisserait agir, la sécrétion interne de l'ovaire manquant chez les chlorotiques. C'est ce qu'avaient pressenti, comme nous l'avons vu, Spillmann et Etienne : ainsi s'expliquerait dans la chlorose le succès thérapeutique de l'ingestion de substance ovarique.

Ce poison d'où vient-il?

Il serait difficile de donner une réponse précise à cette question dans l'état actuel de nos connaissances. Ce qui est acquis, c'est que ce poison n'apparaît dans l'économie que jusqu'à une certaine époque de l'existence puisque, passé la puberté, les troubles de la fonction ovarique, la suppression de l'organe même, produisent les troubles de l'aménorrhée banale, non la chlorose. C'est donc un poison que l'organisme ne renferme plus dès qu'il a achevé sa croissance. Pourquoi dès lors supposer, puisque nous sommes en plein domaine de l'hypothèse, qu'il n'apparaît que juste au moment de la puberté? Ne serait-il pas plus logique, plus conforme aux lois biologiques générales, d'admettre que *ce poison est un échet constant, déversé dans le sang pendant toute la durée de la période d'accroissement*, t que ce poison est détruit au fur et à mesure par la sécrétion d'un organe qui, jusqu'à 'apparition de l'ovaire, jouerait dans l'économie le même rôle destructeur que lui vis-à-is de cette toxine? Cet organe dont le rôle cesse quand celui de l'ovaire commence, ne serait-il pas le thymus?

Je sais, et je tiens à le dire de suite, quelle est la part de l'induction, dans cette théorie.

Bien que nous ayons commencé des recherches dans cet ordre d'idées, il nous est impossible à l'heure actuelle de faire la preuve de certains faits essentiels; il nous faudra prouver que l'ovaire, chez le sujet non chlorotique, dans le cas normal en un mot, est doué d'une sécrétion interne à une époque plus hâtive que celle qu'on lui attriue généralement, car le thymus disparaît habituellement avant dix ans et la menstruation ne s'établit qu'à une époque un peu plus éloignée. Il est vrai que la sécrétion interne peut être plus précoce que l'ovulation et il est non moins vraisemblable que l'ovulation est plus précoce que la menstruation, étant donné l'indépendance relative de ces deux phénomènes. On connaît depuis peu de temps l'ostéomalacie de l'enfance; s'agirait-il là d'une action ovarienne précoce?

Il faudra, pour expliquer les chloroses tardives, prouver que la sécrétion ovarique, une fois mise en jeu, peut se trouver plus tard suspendue pour une raison à déterminer : intoxication, maladies vasculaires, arrêts de développement, action thyroïdienne peut-être, etc.

Il faudra rechercher dans quelle mesure l'atrophie physiologique du thymus, que les traités d'anatomie placent vers la dixième année, est, dès cette époque, constante et définitive, alors que des reviviscences, des hypertrophies même, de la glande, s'observent dans certains cas chez l'adulte, dans la maladie de Basedow, par exemple, et viennent établir qu'elle n'a pas disparu d'une façon complète.

Il faudra en outre montrer que la sécrétion thymique possède une action antitoxique sur le poison chlorotique : on verra plus loin le résultat assez encourageant des recherches que nous avons tentées dans ce sens.

Enfin il faudra prouver que l'ablation ou le non fonctionnement du thymus laisse libre cours à une intoxication dont la symptomatologie évoque le tableau de la chlorose.

De ce côté, quelques documents existent : mais comme la chlorose n'est pas connue chez les animaux, il faut un peu compter sur les hasards de la pathologie pour nous éclairer. On sait depuis quelque temps que le rôle de la sécrétion interne du thymus est d'une réelle importance sur l'état général. Poehl a, le premier, soupçonné son pouvoir antitoxique. Friedleben lui reconnaît une action puissante sur la nutrition générale. L'ablation du thymus a été suivie de troubles dynamiques, de troubles trophiques, de perte des forces, et surtout de deux phénomènes qui prennent ici un intérêt capital, la *décoloration de la peau* et les *altérations du sang* (leucocytose) (1).

Langerhans, Saveliew ont noté en plus des troubles gastro-intestinaux. L'injection d'extrait de thymus réalise des phénomènes inverses et en particulier amène la *coloration de la peau*. Charrin introduisant sous la peau des chiens, pendant un mois, 3 à 4 grammes par jour de thymus, a noté l'azoturie et la phosphaturie (*comme après l'ingestion de substance ovarique*) (2). Owen pense que le thymus a une action inhibitrice sur les pertes de l'organisme. D'autre part dans les lésions du thymus chez l'enfant, on a noté, en cas d'atrophie (cas de Demme et Jacobi), la mort rapide par épuisement et perte des forces.

Il est tout un ordre de faits qui peut être invoqué à l'appui de notre hypothèse : ce sont les rapports curieux existant sur certains points entre les fonctions du suc ovarien et celles du suc thymique. Dans les expériences déjà citées de Charrin, l'intoxication thymique a amené dans un cas le ramollissement des côtes du chien en expérience : ce fait, déjà signalé par Bouchard, est à rapprocher de l'action raréfiante que l'ovaire exerce

(1) Abelous et Billard, Lebedinsky, Tarulli, Lo Monaco, Goldscheider.
(2) Curratulo et Tarulli. *Annali di Ostetricia e Gynecologia*, octobre 1896, p. 736.

pathologiquement sur le tissu osseux (ostéomalacie) action que la castration entrave merveilleusement. Le thymus comme l'ovaire favorisent certaines oxydations, celle des phosphates en particulier (phosphaturie). Mais surtout l'un comme l'autre se rencontrent dans un égal antagonisme à l'égard d'un organe à fonctions très importantes à plus d'un titre, le corps thyroïde.

L'*antagonisme du corps thyroïde et de l'appareil génital* est démontré par de nombreux faits. On sait que l'intoxication thyroïdienne amène la suppression des règles. Jouin a vu un hématocèle se produire par suppression brusque de celles-ci chez des femmes adonnées au traitement thyroïdien (contre l'obésité) et qui n'en suspendaient pas l'emploi au moment de leurs époques. J'ai vu pour ma part des aménorrhées de plusieurs mois produites par ce traitement chez des femmes qui désiraient se faire maigrir. D'autre part, on sait que l'extrait de thyroïde a été employé avec succès contre les métrorrhagies des fibromes et contre les fibromes eux-mêmes. A un autre point de vue, une thèse récente de Danis (*Thèse de Lyon*, 1896), montre le suc thyroïdien présidant à l'accroissement osseux : le suc des glandes génitales, testicule ou ovaire, possède sur le squelette une action directement contraire. Les sujets à instinct sexuel précoce restent petits; les géants sont souvent des impuissants : les eunuques chatrés dans l'enfance présentent un développement exagéré et presque ridicule des bras et des jambes. Inutile de rappeler le nanisme des myxœdémateux, la scoliose des basedowiens, l'action avantageuse de l'ovarine dans la maladie de Basedow, etc. (1).

L'*antagonisme du corps thyroïde et du thymus* résulte également de faits cliniques non moins certains, mais plus récemment recherchés. Owen s'est particulièrement attaché à cette question. Il a montré les bons effets de l'administration du thymus dans la maladie de Basedow, l'hypertrophie du thymus si fréquemment rencontrée aux autopsies des basedowiens, la rareté de la maladie de Basedow dans l'enfance, quand le thymus est en plein fonctionnement.

Tous ces rapprochements sont dignes d'attention : ils rendent vraisemblable la communauté d'action du suc ovarien et du suc thymique sur le poison inconnu de la chlorose. Je ne dis pas que ces deux sécrétions sont identiques, je crois simplement que leurs modes d'action ont beaucoup de points communs et probablement celui-là en particulier. Mais sur d'autres points, elles présentent des différences d'action que je ne cherche nullement à atténuer : c'est ainsi que le suc ovarique paraît favoriser davantage les oxydations, le thymus aide surtout à la formation des réserves : on le voit s'hypertrophier chez les animaux hivernants avant leur sommeil hivernal. Il est aisé de s'expliquer que dans l'enfance, période d'accumulation et d'accroissement, un pouvoir oxydant aussi actif que celui de l'ovaire serait plutôt dangereux : à un autre point de vue, il serait intéressant de rechercher dans les cas rares d'ostéomalacie de l'enfance dont nous parlions plus haut, comment se comporte le thymus.

En tenant compte de tous ces faits, la théorie de la chlorose que nous pourrions formuler serait celle-ci :

La chlorose est une intoxication par des produits de désassimilation déversés dans l'économie pendant toute la croissance, produits que vient détruire l'action antitoxique de la sécrétion interne du thymus dans l'enfance, de l'ovaire ensuite. Si la succession de ces deux actions antitoxiques ne s'effectue pas normalement, si le thymus disparaît trop tôt ou

(1) Voyez aussi Frascali. Dei rapporti fra la glandule tiroïde e gli organi genitali-femininili. (*La Cronica moderna*. Pisa, 7 avril 1897.)

surtout si l'ovaire ne développe sa sécrétion interne que trop tard ou la fournit irrégulièrement, il se produit un interrègne physiologique durant lequel l'intoxication par ces produits de désassimilation s'effectue sans entraves : c'est la chlorose.

D'où viennent ces produits de désassimilation ? Le corps thyroïde, déjà bien surchargé de fonctions par les physiologistes modernes, est-il encore responsable de celle-ci et y a-t-il une conclusion quelconque à tirer du double antagonisme à son égard, de l'ovaire et du thymus? Faut-il rattacher à son action quelques-uns des phénomènes de la chlorose, la perte des forces, les palpitations? Est-ce à son action trophique sur la moelle osseuse, mentionnée plus haut, qu'il faut rattacher les troubles de l'hématopoièse et les altérations globulaires de la chlorose ? Autant de points d'interrogation, que nous devons actuellement laisser sans réponse,

Pour notre part, nous avons demandé à l'expérimentation thérapeutique un commencement de preuves à l'appui de cette série d'inductions théoriques. Nous avons cherché à obtenir dans la chlorose, au moyen de l'ingestion du thymus, des effets antitoxiques comparables à ceux qui sont acquis à la substance ovarique. Ces expériences ont porté sur trois cas seulement, jusqu'ici : c'est encore peu, mais, dans la pratique gynécologique exclusive, les chlorotiques nous sont rarement présentées et nous ne pouvions avancer dans cette voie que lentement. Chez trois jeunes filles de 14 et 15 ans, la première non réglée, les deux autres ayant vu leurs règles deux ou trois fois, puis complètement aménorrhéiques depuis, toutes trois présentant les signes classiques de la chlorose, dont l'une avec bouffissure marquée des tissus, j'ai donné à ingérer pendant un mois du thymus de veau, cru, à la dose de 10 grammes environ (gros comme une noisette). Je n'ai observé aucun phénomène d'intolérance. Il faut toutefois compter avec le dégoût rapide que les malades prennent pour cette médication, et qui n'est pas un facteur négligeable, chez des jeunes filles plus ou moins nerveuses, fantasques, ayant du dégoût des aliments. Dans les derniers jours, je permettais de prendre la substance thymique hachée, puis mélangée à du bouillon. Dans le cas le plus grave, la bouffissure de la face avait disparu au bout d'une semaine. Au bout de deux à trois semaines, la pâleur de la face faisait place au retour des couleurs : les forces renaissaient. Chez une des jeunes filles, les règles apparurent, peu abondantes, d'ailleurs, mais sans douleurs. Je n'ai noté aucun trouble spécial, ni fièvre, ni réaction violente comme avec l'ovarine. Les urines étaient riches en phosphates. L'examen hématoscopique n'a pu être fait jusqu'ici. Mais ces faits me semblent assez encourageants pour être poursuivis. J'aurais voulu attendre davantage pour pouvoir apporter ici des résultats plus complets. D'autres expériences actuellement en cours, font prévoir déjà des conclusions qui ne font que me confirmer dans mes déductions présentes, toutes hatives qu'elles soient. Si j'ai parlé si tôt, c'est que je n'ai pas cru devoir laisser clore à la Société de Thérapeutique cette longue discussion sur la chlorose à laquelle chacun a apporté sa pierre, sans dire un mot des recherches qui s'effectuent dans cette voie nouvelle, recherches auxquelles aucun des auteurs n'avait fait allusion. Si d'ailleurs la gynécologie avait pu apporter sur ce point particulier un éclaircissement à la médecine générale, ce ne serait encore que peu de chose en échange de tout ce que la première attend de celle-ci.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIETÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 7 avril 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. Dalché présente, à l'occasion du procès-verbal, une communication de M. Dubreuilh (de Bordeaux), concernant trois cas d'intolérance pour le sous-nitrate de bismuth. Le dernier en date concerne une femme qui prit, pour combattre une diarrhée estivale, une potion contenant 3 grammes de sous-nitrate de bismuth avec un peu de sirop de coings, et fut prise le même jour d'un érythème scarlatiniforme intense qui dura quatre jours et se termina par une desquamation en larges placards. Les deux observations antérieures sont de même genre. M. Dubreuilh n'a pu retrouver aucun cas dans la littérature rappelant ces accidents observés par lui, car les intoxications par le bismuth ne sont relatées qu'à propos de l'application *externe*. M. Dalché a fait avec M. Villejean des expériences à ce sujet et a constaté que le bismuth, injecté sous la peau des animaux en expérience, provoquait de la stomatite, un liseré ardoisé des gencives, de l'albuminurie, de la congestion du foie et des diarrhées sanglantes. Le sous-nitrate de bismuth introduit dans le tube digestif est à peine décomposé dans l'estomac acide et traverse l'intestin alcalin sans subir aucune modification. Les faits de M. Dubreuilh sont donc d'interprétation fort difficile.

M. Blondel donne lecture d'un travail intitulé : *Essai d'une théorie nouvelle de la chlorose et traitement de cette affection par le thymus.* (Publié dans la *Revue*.)

M. de Molènes lit une *note sur l'action thérapeutique de l'europhène dans les maladies de la peau.* Les observations concernant cette communication ont été prises sur les malades du dispensaire municipal du quartier de Javel (XVe arrondissement). A ce dispensaire, on a l'occasion d'étudier beaucoup de dermatoses mal soignées et l'on peut se rendre nettement compte de l'efficacité des topiques employés. M. de Molènes commence par faire ressortir que l'iodoforme présente indubitablement de nombreux inconvénients, sur lesquels il est inutile d'insister : les essais faits jusqu'à ce jour avec divers produits iodés moins dangereux à manier n'ont cependant pas pu donner toute satisfaction, parce que ces produits ne partagent pas avec l'iodoforme la propriété de dégager de l'iode à l'état naissant. L'europhène présente cette dernière propriété : il contient 27 0/0 d'iode et est très stable; les pommades, par exemple, préparées à froid, ne sont pas altérables. La poudre étant très ténue peut s'étaler cinq fois mieux que l'iodoforme sur une surface donnée.

L'europhène utilisé au milieu alcalin humide, présente un dégagement continu d'iode. On ne retrouve que 4 0/0 de cet iode dans les urines, l'élimination principale se fait avec les matières fécales. L'action bactéricide, sensiblement égale à celle de l'iodoforme, s'effectue sans léser en rien les tissus, ce qui constitue une qualité précieuse.

L'orateur a employé l'europhène dans une foule de dermatoses (brûlures légères, chancres mous, syphilides, etc.) : il se sert de préparations variées, par exemple de pommades (de 5 à 20 0/0) qu'il faudra de préférence préparer à la lanoline, car les résultats sont bien plus probants avec cet excipient qu'avec l'axonge ou la vaseline. Il faut se souvenir que l'europhène ne doit jamais être mélangé à de l'amidon ou à des sels hydrargyriques. Dix-huit cas d'ulcère variqueux, arrivés au dispensaire dans de déplorables conditions, furent traités par l'europhène qui se montra un médicament non toxique, analgésique et stimulant, supérieur à l'iodoforme ou à l'aristol. On put sur des malades porteurs de deux ulcères, faire des recherches comparatives entre l'iodoforme et l'europhène : elles eurent dans tous les cas un résultat favorable à ce dernier. Dans des cas de gommes syphilitiques, l'injection d'éther saturé d'europhène constitue une méthode thérapeutique fort à recommander. Dans le lupus, la pommade et l'huile à l'europhène représenteraient les topiques indiqués spécialement.

L'europhène n'est pas un parasiticide actif, il n'agit pas non plus bien nettement dans les dermatoses *sèches*, car la condition essentielle de son efficacité réside dans l'humidité de la plaie traitée : cette humidité permet le dégagement de l'iode.

M. Duhourcau présente un travail intitulé : *Rôle thérapeutique de l'azote gazeux dans les eaux minérales*. Ce gaz présente des effets sédatifs incontestables et rend de grands services dans la coqueluche, la toux nerveuse, la tuberculose au début : il produit une dépression des échanges respiratoires qu'il tend à ramener à la normale lorsqu'ils sont exagérés.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE
Médecin des Hôpitaux.

Quatre cas de fièvre typhoïde traités par le sérum antitoxique, par FRANCK POPE. (*British medical Journal*, 30 janvier 1897.) — L'auteur rapporte l'observation de quatre malades traités par le sérum antityphique préparé par Bokenham.

Le sérum a eu un effet marqué sur l'évolution de la maladie. Dans le premier et le second cas la défervescence a commencé dès la première injection, au quinzième jour de la maladie.

On doit remarquer que la défervescence a mis longtemps à se faire complète, de sorte que la durée de la maladie n'est peut-être pas abrégée; mais l'état des malades pendant ces trois semaines a été beaucoup meilleur que celui des patients traités par d'autres méthodes. Les deux autres malades ont de même vu la défervescence se faire et leur maladie évoluer sans complication autre qu'un rash d'urticaire qui est survenu à la suite des injections au niveau des piqûres.

Ces faits sont consignés par l'auteur simplement comme document sur le traitement sérothérapique de la fièvre typhoïde. Il serait prématuré de tirer encore actuellement aucune conclusion.

A. CHASSEVANT.

Relation d'un cas d'érysipèle traité avec succès par le sérum antistreptococcique, par DE NOBELLE. (*Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, p. 15, janvier 1897.) — Six jours après le début d'un érysipèle de la face survenu chez une vieille dame de 73 ans, le Dr De Novelle a employé le sérum antistreptococcique à la dose de 40 centimètres cubes, injectés avec la seringue de Roux en deux endroits différents de la partie supérieure de la poitrine.

L'injection fut faite à midi; à ce moment la face, le cuir chevelu et la nuque étaient complètement entrepris, rouges, tuméfiés, luisants, douloureux à la pression, le thermomètre marquait 39°, le pouls battait 90 pulsations à la minute, les urines étaient rares, ne renfermaient ni sucre ni albumine. A quatre heures de l'après-midi la température était déjà descendue à 37°. A huit heures du soir la face était moins rouge, moins gonflée, on commençait déjà à apercevoir une trace de desquamation, le pouls était à 80, la température à 37°, seule la respiration paraissait un peu gênée. A ce moment une seconde injection de sérum, cette fois de 20 centimètres cubes, fut pratiquée. A partir de ce moment l'amélioration de tous les symptômes s'accentua de plus en plus; mais après les premières injections, la température, qui était redevenue normale remonta à 38°,5 et la face redevint un peu rouge du côté gauche et plus douloureuse. Pour prévenir une nouvelle poussée, 20 centimètres cubes de sérum furent injectés. Le lendemain la température était redescendue à 35°,3; à partir de ce moment la guérison s'affirma définitivement.

Dans ce cas l'injection de sérum a eu une action des plus manifestes.

G. LYON.

Traitement de l'érysipèle. (*Medicinskoïe Obosrenïe*, n° 2, 1897.) — NAGOUBNOFF a employé, dans 200 cas d'érysipèle, la pommade à l'ichthyolate d'ammoniaque. Cette pommade était recouverte d'un pansement; dans les cas où l'érysipèle était localisé à la face et à la tête on appliquait un masque. Au bout de deux à trois jours le pansement était retiré, la pommade était également enlevée avec un tampon trempé dans de l'alcool; on mettait alors une nouvelle couche de pommade et l'on réappliquait le pansement. Pendant les premiers temps l'auteur administrait aussi des antithermiques, mais plus tard il les a supprimés, les considérant comme absolument inutiles.

Voilà quels sont les résultats obtenus par ce traitement :

Déjà au bout de quelques heures la température retombait à la normale; la sensation de tension et les douleurs dans la région malade disparaissaient, l'état général s'améliorait et le sommeil revenait. Après trois à quatre

gaze iodoformée fut fait par-dessus les *lambeaux periostiques* rapprochés; le membre antiseptiquement enveloppé, fut placé dans une situation élevée. Au bout de deux mois, l'énorme perte de substance était comblée. Entre temps, on avait été obligé de traiter par le massage l'œdème qui s'était manifesté à la main et à l'avant-bras. Des greffes de Thiersch furent aussi nécessaires pour fermer entièrement la plaie cutanée.

Il y eut une fracture de même siège, qui se produisit un mois plus tard: elle fut maintenue par des attelles et ne tarda pas à guérir en quelques semaines. L'enfant, quoique ayant un bras raccourci, peut exécuter avec son membre blessé tout ce qu'il fait avec celui du côté opposé.

AUG. BENOIT.

Le massage dans le traitement des fractures. (*The Medical News*, 20 mars 1897.) — WOOLSEY, sans permettre aux malades de se servir aussi rapidement de leurs membres que beaucoup d'auteurs le font dans ces dernières années, préfère cependant les méthodes massothérapiques à l'immobilisation, surtout quand le trait de fracture se trouve au voisinage d'une articulation. Le temps nécessaire à la guérison est diminué du tiers et même de la moitié, et le résultat fonctionnel est immédiat. La douleur et le gonflement s'atténuent rapidement, la formation et la solidification du cal sont accélérées, et l'on évite l'atrophie musculaire et la raideur articulaire. Pendant les dix à vingt premiers jours, on fera quotidiennement un massage de quinze à vingt minutes, et l'on placera le reste du temps des attelles.

Les fractures obliques, qu'il s'agisse d'un seul ou de deux os, et les fractures placées près du milieu du membre et présentant une tendance au déplacement seront en premier lieu immobilisées jusqu'à ce que la consolidation commence. Le traitement ambulatoire est indiqué dans les fractures du membre inférieur chez les alcooliques et les vieillards.

Dans la pratique privée, on se trouvera bien de la méthode mixte, immobilisation pendant quelques jours seulement, puis massage et mouvements passifs.

E. VOGT.

L'incision exploratrice dans le traitement des fractures closes et des luxations, par JOHN ROBERTS. (*Medical News*, 17 janvier 1897.) — L'auteur se fait l'avocat de l'intervention directe dans les fractures simples, aujourd'hui que l'antisepsie permet d'éviter les complications infectieuses. L'incision exploratrice du foyer de fracture ne présente que des avantages.

On peut ainsi voir la ligne exacte des traits de fracture, la coaptation est plus régulière, le doigt de l'opérateur n'étant plus séparé de l'os par la peau, le muscle et la graisse.

Lorsque les rapports osseux musculaires et vasculaires ont été rétablis on peut parfaitement les maintenir par l'application de sutures, épingles, clous ou chevilles dans l'os, et par des sutures des muscles, des ligaments, des nerfs et des vaisseaux,

La douleur occasionnée par l'extravasation du sang et l'exsudation de la synovie traumatique est supprimée par suite de l'écoulement de ces liquides, qui empêche la pression et la distension interstitielle des tissus et de la peau.

L'ankylose par mauvaise position des fragments fracturés est aussi prévenue par ce mode de traitement.

La réparation de la fracture et le retours au fonctionnement normal est aussi hâté par cette pratique.

L'auteur sait bien que ce n'est pas une méthode nouvelle, mais une pratique trop peu souvent appliquée par les chirurgiens, qui sont encore suggestionnés par les méthodes mises en œuvre avant l'ère de l'antisepsie.

Dans les luxations l'auteur préconise de même l'ouverture exploratrice. Il estime que cette méthode n'offre aucun inconvénient que les risques dus à l'anesthésie.

A. CHASSEVANT.

Traitement des pseudarthroses. (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 2, 1897.) — PERIMOFF décrit trois cas de pseudarthrose où l'on eut recours à l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 32 ans atteint d'une pseudarthrose du fémur droit à 5 centimètres du grand trochanter. On fit la résection des deux extrémités de l'os et on les réunit ensuite à l'aide de clous en nickel longs de 12 centimètres. Les suites opératoires furent normales et au bout de quatre-vingts jours le malade pouvait se lever en s'appuyant sur un infirmier. Le raccourcissement fut de 5 centimètres.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une pseudarthrose de la rotule chez un homme adulte. Ici on fit la suture avec des fils d'argent. Guérison. Le troisième cas, suivi également de guérison, est semblable au premier.

B. TAFT.

Le traitement post-opératoire consécutif à la laparotomie. (*Therap. Monatshefte*, mars 1897.) — BODON (de Buda-Pesth), le lendemain de l'opération, ne s'inquiète pas outre mesure de voir monter le thermomètre aux environs

de 38°. Une accélération du pouls lui paraît plus grosse de conséquences, car elle indique un affaiblissement qu'il faudra combattre par des lavements à base de vin ou de cognac.

Le premier jour, l'opérée ne boira que de l'eau à 40° par cuillerées à café ; s'il n'y a pas de vomissements, on donnera le second jour du bouillon, du thé de bœuf ou du thé avec un peu de lait. Le troisième jour on pourra administrer des œufs, de la viande pulpée ou hachée, etc.

Si, huit à dix heures après l'opération, il n'y a pas eu évacuation spontanée de gaz, on introduira un tube de Faucher dans le rectum pour permettre cette évacuation; on répétera cette introduction toutes les quatre heures, jusqu'au moment où les gaz seront spontanément expulsés.

L'auteur déconseille l'administration d'opiacés ou de morphine après la laparotomie ; l'arrêt du péristaltisme, ainsi obtenu, est plus nuisible qu'utile.

Quelques jours *avant* l'opération, on donnera du calomel pour désinfecter l'intestin ; la veille, on s'abstiendra de purger la malade : il est préférable d'attendre jusqu'au jour de l'opération et de donner un lavement quelques instants avant de commencer.

Il ne faut pas trop s'effrayer des troubles post-opératoires (météorisme, vomissements, etc.) qui simulent parfois la péritonite et cèdent avec la constipation qui les a provoqués : on échappera ainsi à des conclusions trop hâtives et l'on ne sera pas tenté d'intervenir mal à propos.

La parésie intestinale a très souvent pour cause le manque de soins au cours d'opération. Il faut se garder de tirailler l'intestin, de le laisser se dessécher ou refroidir. Les cas de ce genre ne peuvent que s'aggraver par l'administration d'opiacés : on recourra aux toniques et aux lavements.

L'opium enfin favorise le développement d'adhérences en s'opposant au péristaltisme.

L'auteur recommande, pour éviter l'éventration qui se produit si fréquemment comme accident tardif, de faire passer l'incision, non pas par la ligne blanche, mais par le milieu d'un des deux grands droits ; la suture en étages consolidera la cicatrice.

E. Vogt.

Un cas d'appendicite suppurée opéré au septième mois de la grossesse; guérison, par le Dr Robert Abbe. (In *Medical Record*, 6 mars 1897.) — Observation intéressante fournie par le Dr Abbe (de New-York), qui, obéissant à des indications urgentes, fit la laparotomie pour des accidents d'appendicite graves. Il trouva les organes intestinaux refoulés dans la région lombaire par l'utérus gravide. Un foyer de suppuration était ouvert et le manque absolu d'adhérences protectrices, état qui s'explique peut-être par les modifications locales dues à la grossesse, semblait faire présager une issue fatale. On ne put irriguer, mais des éponges imbibées de la solution salée furent passées plusieurs fois. L'appendice fut réséqué et saturé. La plaie fut largement drainée à la gaze antiseptique et laissée ouverte. Deux mois après, la femme rétablie accouchait d'un enfant bien portant.

Aug. Benoit.

L'abcès rétropharyngien aigu, par le Dr A. Clopatt. (*Progrès médic.*, 16 janvier 1897.)—L'inflammation des glandes lymphatiques rétropharyngiennes provient d'une lésion soit de la peau, soit de l'une des cavités du crâne, bouche, nez, etc., par où les streptocoques s'introduisent dans les lymphatiques. L'angine, la stomatite, le coryza, l'otite purulente et l'eczéma cutané sont encore à citer dans l'étiologie de l'affection, qui atteint surtout les enfants, dans les deux premières années. Une fois l'abcès formé, ce qu'indiquera le toucher, l'auteur conseille, comme il l'a fait sur six malades, de ponctionner par le pharynx, au bistouri, se guidant sur un doigt de l'autre main, chez les enfants de quelques mois, et par la vue, chez les sujets plus âgés. Quant à l'incision extérieure par les méthodes de Burckhardt et Bellon-Pollard, elle n'a pas encore fait ses preuves et ne saurait être actuellement recommandée.

Aug. Benoit.

Le volvulus de l'anse oméga, par le Dr P. Bobier. (*Thèse de Paris*, 1896.) — L'S iliaque est décrite aujourd'hui sous le nom de côlon pelvien, en dehors du côlon iliaque qui occupe la fosse iliaque où il est fixé par un court méso. L'anse oméga, depuis les descriptions de Trèves, Schieffendecken, comprend la portion d'intestin qui commence au bord interne du ptoas, faisant suite au côlon iliaque et se termine à la troisième vertèbre sacrée, après avoir décrit deux courbures tout entières logées non dans l'abdomen, mais dans le bassin, où le côlon vient presque au contact du cœcum. C'est dans ce trajet que l'intestin est fixé par un mésocôlon, le mésocôlon pelvien, dont les dimensions très notables, du moins en son milieu, favorisent au plus haut degré le volvulus. C'est de cette disposition anatomique que part l'auteur pour soutenir que cette maladie est fréquente dans l'âge adulte et la vieillesse. Comme causes de la torsion, il donne : les mouvements violents, les efforts de défécation, qui permettent à

l'une des branches d'exécuter un tour sur l'autre : la rétention des matières dans l'anse, l'élongation du méso qu'elles occasionnent par leur poids est une cause efficiente à considérer. Conclusions thérapeutiques : les accidents étant menaçants, il faut se hâter, essayer rapidement les lavements électriques, gazeux ou liquides. Si le résultat se fait attendre, il faut laparotomiser. On est amené à faire ainsi la détorsion de l'anse. Mais il faut prévoir la *récidive* qui est presque de règle et adjoindre à l'opération précédente celle de Roux, la *méso-sygmopexie*. Elle consiste à fixer le méso à la paroi abdominale antérieure, du côté gauche, par quelques points passés dans ce repli non loin de son insertion intestinale et qui se poursuivront, suivant la mobilité, jusqu'au niveau de la ligne blanche.

AUG. BENOIT.

Ablation d'une pièce dentaire vingt-deux mois après l'ingestion, par W. BULL et JOHN WALKER. (In *Medical Record*, 6 mars 1897.) — Femme de 40 ans, native d'Ecosse, qui avait avalé, dans une syncope, une pièce dentaire qui supportait deux fausses dents. L'objet avait un pouce trois quarts sur trois quarts de pouce de long; il était muni de crochets qui devaient favoriser son arrêt dans les parties supérieures de l'œsophage. De fait, il se fixa un peu plus bas que le cricoïde et n'occasionna pas de gêne notable au début, de sorte qu'aucune tentative sérieuse ne fut faite pour l'extraire. Mais, au bout de dix-huit mois, le sujet commença à maigrir et à perdre ses forces en même temps que la voix s'enrouait. Toutes les bougies s'arrêtaient à un point situé à sept pouces environ des incisives. L'*œsophagotomie externe* fut alors pratiquée et l'œsophage ouvert du côté gauche sur une sonde préalablement introduite. Le corps étranger, situé sur la face postérieure du conduit, était recouvert de la muqueuse œsophagienne, dans laquelle il s'était encastré et qui dut être incisée pour pouvoir le saisir au moyen d'une longue pince courbe, avec laquelle il fut retiré. L'œsophage, en raison de l'altération ancienne des tissus, ne fut pas suturé. Une sonde molle, entourée de gaze iodoformée demeura en place quinze jours et permit l'alimentation, jusqu'à ce que la plaie parût en état de se fermer spontanément, le sujet étant nourri par la voie buccale et rectale au moyen des sondes. Guérison complète. Des expériences photographiques furent faites après coup sur un cadavre, et les rayons X, dans une épreuve prise du côté vertébral, donnèrent une image nette de cet objet et de quelques autres placés dans l'œsophage.

AUG. BENOIT.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement de l'arythmie cardiaque, par HUCHARD. (*Médecine moderne*, n° 25, p. 197, 1897.) — Au point de vue thérapeutique, les classifications des arythmies basées sur la pathogénie et l'étiologie ne peuvent servir et l'on peut distinguer les arythmies suivant qu'elles doivent être combattues par une médication visant la cause de l'irrégularité cardiaque ou qu'elles doivent être traitées par la digitale et les médicaments cardio-toniques.

A. Arythmies non traitées par la digitale et par les médicaments cardio-toniques.

Pour les arythmies toxiques, la suppression de la cause (café, thé, tabac, alcool, etc.) est ordinairement suffisante pour les faire disparaître. Mais parfois l'effet survit assez longtemps à la cause; c'est lorsque ces diverses substances toxiques ont déterminé des troubles gastriques. Alors l'arythmie est encore d'origine réflexe; la suppression de la cause ne suffit plus, et on doit instituer une médication visant les fonctions digestives.

Les arythmies réflexes d'origine gastro-intestinale, utérine, hépatique, etc., sont très fréquentes. Souvent les malades qui en sont atteints sont pris pour des cardiaques; si on leur prescrit la digitale, les troubles arythmiques s'accusent.

Dans les affections organiques du cœur, l'arythmie peut être d'origine gastrique, et c'est là un fait important à connaître au point de vue de l'indication thérapeutique.

Quand elle survient brusquement, sans cause réelle, dans le cours du rétrécissement mitral, il faut toujours rechercher si, en dehors d'une insuffisance mitrale associée ou de l'existence de la thrombose cardiaque, les fonctions digestives sont normales. En somme, dans une cardiopathie l'arythmie n'indique pas toujours que « le cœur supporte mal sa lésion ». Il la supporte mal, parce que la souffrance d'organes voisins ou éloignés retentit sur lui, mais non pas parce que le myocarde commence à s'altérer. Le régime alimentaire, l'emploi des alcalins ou de l'acide chlorhydrique constituent la base du traitement et l'on ne saurait trop insister sur la contre-indication absolue de la digitale et des médicaments cardiaques. Quelquefois, lorsque l'état nerveux joue un rôle, on pourra encore employer le bromhydrate de quinine

(60 à 80 centigrammes par jour); ou encore le bromure de potassium.

Il y a encore des arythmies qui peuvent être aggravées par l'emploi immodéré de la digitale, ce sont celles qui existent chez des malades, souvent artério-scléreux, présentant le rythme couplé du cœur.

B. Arythmies traitées par la digitale et les cardio-toniques.

Il y a des cardiopathies dans lesquelles l'arythmie constitue un symptôme presque habituel. De ce nombre sont l'insuffisance mitrale et la cardiopathie artérielle à forme arythmique. Dans la première maladie le trouble du rythme cardiaque peut être d'origine mécanique, auquel cas la digitale produit souvent de bons effets, mais quand il est d'origine myocardiaque, souvent la digitale échoue.

Dans l'arythmie de la myocardite segmentaire, le strophantus serait préférable à tout autre médicament, d'après J. Renaut (de Lyon).

Dans l'arythmie sénile qui relève de lésions myocardiques à leur début, l'indication thérapeutique consiste à s'adresser directement à la musculature cardiaque pour en augmenter l'énergie, ou plutôt à diminuer les obstacles que le cœur trouve devant lui. Il faut insister sur le régime alimentaire qui est celui de l'artério-sclérose, sur le laitage, sur la proscription d'aliments ou de toxiques qui, comme le tabac, aboutissent à la vaso-constriction, sur l'emploi modéré de la trinitrine; enfin, on aura encore recours au sulfate de spartéine (à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour pendant dix jours chaque mois). Dès que surviendra, chez le vieillard, la moindre maladie infectieuse, capable de porter le dernier coup au myocarde déjà affaibli dans sa contractilité, il faudra d'emblée prescrire, à titre de médication à la fois préventive et curative, une préparation de digitale.

La digitale ici n'est pas destinée à combattre l'arythmie, elle vise surtout l'insuffisance myocardique dont celle-ci est un des nombreux indices.

G. Lyon.

Le vertige des artério-scléreux, par Goarçon. (*Thèse de Paris*, janvier 1897.) — Le vertige des artério-scléreux nécessite un traitement général capable de modifier la tension artérielle. Les deux agents à lui opposer sont l'iodure de sodium et la trinitrine.

L'iodure de sodium est le médicament de choix et son usage doit être poursuivi pendant fort longtemps. Les doses d'iodure ne doivent pas dépasser 1 gramme par jour :

Iodure de sodium.....	10 grammes.
Eau distillée	300 —

Une cuillerée à soupe avant chaque repas. On peut dissimuler le mauvais goût de l'iodure en le mélangeant à du sirop d'écorces d'oranges amères, de la bière ou du lait.

C'est M. Huchard qui a le plus contribué à faire entrer la trinitrine dans le domaine de la thérapeutique. Il la prescrit sous forme de solution alcoolique au 1/100 dont il fait prendre quatre gouttes matin et soir dans un peu d'eau ou bien en dilution dans l'eau :

Eau distillée.....	300 grammes.
Solution alcoolique de trinitrine au 1/100.....	30 gouttes.

Trois à six cuillerées à dessert dans les vingt-quatre heures. On peut donner l'iodure et la trinitrine alternativement ou simultanément. Au début il convient même d'associer ces deux médicaments; puis plus tard on peut faire prendre pendant vingt jours par mois l'iodure et pendant les dix autres jours la trinitrine.

Au traitement médicamenteux il faut associer une hygiène rigoureuse. Les malades ne doivent se surmener ni physiquement, ni intellectuellement. Ils doivent vivre le plus possible au grand air, éviter l'alimentation trop exclusivement carnée, les aliments riches en toxines : la charcuterie, le poisson de mer, les coquillages, le gibier noir, les mets faisandés, les sauces épicées. Ils prendront une assez grande quantité de légumes en purée bien cuits et bien divisés, du lait, du laitage, des œufs. Les liqueurs alcooliques, le tabac seront formellement interdits. Une cure de lait de courte durée sera utile dans les périodes d'exacerbation.

De temps en temps les malades prendront un purgatif salin.

Si le vertige s'accompagne de crises épileptiformes bien caractérisées, il est bon d'associer à l'iodure le bromure de sodium à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Contre l'accès, on aura recours au traitement habituel des accès syncopaux, c'est-à-dire le décubitus dorsal et la tête plus basse que les pieds.

Dans les cas de syncope prolongée ou accompagnée de mouvements épileptiformes; dans les cas encore plus graves de coma apoplectique, on s'adressera à la *strychnine* et surtout à la caféine en injections hypodermiques.

G. Lyon.

Traitement hydro-minéral des maladies des voies respiratoires, par le Dr F. Bernard. (*Gazette des Eaux*, 11 mars 1897.) — *Affections nasales et naso-pharyngiennes.* — Les manifestations scrofuleuses des muqueuses nasales et pharyngiennes pourront être traitées par les eaux sulfureuses

de Challes, Uriage, Enghien, Luchon, Barèges, Cauterets, Eaux-Bonnes, Saint-Honoré, Schinznach, Weilbach, Neudorf, Langenbrücken, etc. Mais les chlorurées sodiques, telles que Salin, Salies, Biarritz, Hambourg, Saxon, Wildegy donneront peut-être des résultats plus durables, en modifiant plus énergiquement la constitution des strumeux.

On pourra prescrire, chez les herpétiques, outre les sulfureuses, la Bourboule; chez les arthritiques et chez les goutteux, Royat, Ems, le Mont-Dore. Les syphilitiques seront envoyés à Challes, Uriage, Barèges, Aix-en-Savoie, Aix-la-Chapelle, Aulus, Louèche.

Laryngites chroniques. — Si l'on a affaire à une laryngite catarrhale chronique simple, il faut employer en première ligne les eaux sulfureuses des Pyrénées, Eaux-Bonnes, Luchon, Barèges, Amélie-les-Bains. La source La Raillère de Cauterets jouit d'une antique réputation pour le traitement des laryngites. Lorsqu'on a des raisons de craindre l'excitation produite par les sulfureux, il faut recourir aux eaux du Mont-Dore, de Royat, d'Ems.

Dans la laryngite tuberculeuse l'effet sera plus douteux. Au début, l'on conseillera les eaux sulfureuses. Plus tard, à la période des ulcérations, il faudra s'abstenir.

Les laryngites syphilitiques seront justiciables de Challes, Luchon, Cauterets, Enghien, Aix-les-Bains, Aix-la-Chapelle, Aulus, Louèche, Uriage, etc.

Bronchites chroniques. — Dans les bronchites chroniques simples développées chez un sujet exempt de tare constitutionnelle, les eaux sulfureuses conviennent particulièrement, si la bronchite est torpide, accompagnée d'une expectoration abondante, quand le malade n'est pas trop excitable.

Dans les formes éréthiques, lorsque les sécrétions sont peu abondantes, la toux sèche et pénible, les poussées congestives fréquentes, le Mont-Dore est la station de choix. Quelques malades peuvent cependant se trouver bien des eaux sulfureuses de Saint-Honoré, Blavard, Pierrefonds. Chez les malades excitables on peut encore prescrire les eaux d'Ems, de Royat.

Les scrofuleux se trouvent bien des eaux sulfureuses fortes (Cauterets, Eaux-Bonnes) ou des eaux salles de Soden, Kissengen, Hambourg, etc.

Les eaux de La Bourboule conviennent aux herpétiques.

Chez les arthritiques sont indiquées les eaux de Royat, Ems, Plombières ; les eaux sulfureuses doivent au contraire être proscrites. On enverra au Mont-Dore ou eaux sulfureuses (Enghien, Saint-Honoré, Eaux-Bonnes, Allevard, etc.) les enfants atteints de bronchite consécutive à la coqueluche.

Chez les vieillards on conseillera les eaux douces du Mont-Dore, de Royat, Saint-Honoré, Allevard.

G. Lyon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX

Ancien chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Quelques réflexions sur le traitement du coryza, par Herbert B. Whitney. (*Medical News*, 23 janvier 1897.) — Après quelques considérations sur la prophylaxie du coryza, l'auteur aborde l'étude du traitement, qu'il divise en traitement général et en traitement local. L'action de la quinine n'est pas certaine. On doit l'employer en général dans les premières douze heures à la dose de 10 grains, en une seule ou en plusieurs fois. Malheureusement les inconvénients du remède dépassent souvent ceux de l'affection. Certains cas sont améliorés par la diaphorèse, surtout lorsque le patient peut rester chez lui quelques jours et que la myalgie et la fièvre viennent s'ajouter aux symptômes catarrhaux. Ce traitement peut être institué de la façon suivante : 60 centigrammes de poudre de Dower et 60 centigrammes de phénacétine divisés en quatre cachets. On donne deux cachets, puis le patient est placé dans un bain chaud pendant dix minutes.

Il boit ensuite une limonade chaude au rhum ou au punch et s'enveloppe dans plusieurs épaisseurs de couvertures chaudes. Il prend les deux autres cachets après une demi-heure. La transpiration continue ainsi pendant une heure, on sèche la peau et le malade repose la nuit dans un lit frais.

On ne peut le plus souvent prescrire cette médication, par exemple aux personnes qui ne peuvent s'arrêter et doivent sortir quand même.

Dix gouttes de teinture d'*Euphrasia officinalis* prises tous les quarts d'heure pendant deux ou trois heures dissipent souvent complètement le mal de tête et la sensation désagréable de pesanteur qui accompagne le rhume de cerveau.

La teinture de *Gelsemium sempervirens* est encore peut-être plus efficace : ce médicament agit sur la première et la seconde branche du

trijumeau; et c'est vraisemblablement son action sur la branche nasale du nerf ophtalmique qui en fait un remède efficace.

On prescrira vingt gouttes de teinture dans un demi-verre d'eau à prendre par cuillerées à café toutes dix minutes.

Lorsque le rhume a fait des progrès, l'atropine, à la dose de 1/16 de grain peut donner de bons résultats.

Le traitement local, sous forme d'inhalation est très employé, souvent avec succès.

Une formule ancienne mais bonne consiste à inhaler fréquemment les vapeurs de la mixture suivante :

Acide phénique	1	partie.
Alcool	3	—
Ammoniaque liquide	1	—
Eau distillée	2	—

Les frictions prescrites par Wünsche donnent aussi de bons résultats. Autre formule :

Menthol	2	parties.
Chloroforme	5	—

Quatre à cinq gouttes étalées sur la paume de la main et reniflées dissipent le mal de tête.

Les poudres à priser donnent encore d'excellents résultats : l'auteur préconise la formule de Coupard, au menthol, et celle de Bamberger au camphre.

A. Chassevant.

Traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens. (*Medicinskoïe Obosrenïe*, n° 3, 1897.) — Tichoff, après avoir rapporté un cas, arrive à formuler les conclusions que voici :

1° Dans les cas où la maladie date de longtemps, surtout là où l'état général du malade constitue une contre-indication très nette d'une interventien chirurgicale, l'électrolyse peut rendre de grands services, aussi bien au point de vue de la diminution de volume de la tumeur (ce qui n'est pas indifférent pour l'ablation chirurgicale ultérieure) qu'au point de vue du temps à gagner en permettant au malade de se rétablir et d'être prêt à supporter une opération qui, certes, est très sérieuse. Le traitement par l'électrolyse peut être abordé par tout médecin; c'est donc une raison de le recommander à ceux qui ne se décident pas à pratiquer l'intervention radicale.

2° Parmi les procédés si nombreux employés pour l'ablation des polypes fibreux naso-pharyngiens, l'opération d'Ollier doit occuper une place presque prépondérante. Le cas que Tichoff rapporte montre que ce procédé est applicable même dans les cas où l'on a affaire à un polype à large base. De cette façon se trouve démentie l'opinion des adversaires de ce procédé, opinion qui consiste à limiter les indications de l'opération d'Ollier à des cas où la tumeur a des proportions peu considérables.

B. Taft.

Formaline dans les affections du nez, de l'oreille et du larynx. (*Medicinskoïe Obosrenïe*, n° 3, 1897.) — Yatcouta a appliqué le traitement par la formaline de la façon suivante : On mettait dans une carafe une solution de formaline (à 5 0/0); les vapeurs qui se forment après agitation du liquide étaient dirigées vers la région malade à l'aide du pulvérisateur Rischardson. Les inhalations étaient faites deux fois par jour et duraient chaque fois de cinq à dix minutes.

Grâce à ce traitement les laryngites aiguës avaient une évolution très favorable et guérissaient complètement au bout de sept à vingt-quatre jours (l'auteur en a recueilli 16 cas).

Dans les laryngites chroniques on obtenait de bons résultats en continuant les inhalations aux badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent.

Dans 3 cas, l'auteur a vu disparaître le coryza aigu en vingt-quatre heures, à la suite de trois à quatre douches de formaline, chacune ayant duré de cinq à dix minutes.

Dans le catarrhe de la trompe d'Eustache les douches administrées par un cathéter diminuaient la durée de la maladie de plus de moitié : après trois à cinq douches le catarrhe disparaissait et ne récidivait pas (8 cas). Les douches semblaient exercer une action favorable dans les otites purulentes moyennes. L'instillation dans le conduit auditif externe d'une solution de formaline (de 6 pour 2000 à 1 pour 15000) ne procure qu'une amélioration passagère dans l'otorrhée.

L'application du traitement par les vapeurs de formaline provoquait, au début : la sensation de brûlure, des picotements dans la région malade; la toux dans la laryngite; l'irritation de la conjonctive dans le coryza. Mais au bout de quelque temps les malades s'habituaient au médicament, et dès lors ne ressentaient plus aucune sensation désagréable.

D'après l'auteur la formaline peut parfaitement remplacer différentes substances dessiccatives; elle possède, en outre, des propriétés antiseptiques très prononcées.

B. Taft.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement du lupus. (*Rev. intern. de méd. et de chir.*, 1897, p. 98.) — L. Brocq résume comme suit les indications thérapeutiques du lupus :

Lupus vulgaire, à forme *scléreuse*, des mains et des pieds : faire un raclage à fond, cautériser au chlorure de zinc, puis pansement iodoformé.

Lupus peu étendu des membres : ablation.

Lupus volumineux des membres : grattage et greffe.

Lupus *extensif* du centre des joues : traitement chirurgical.

Lupus *discret* du centre des joues : électro-cautère, énucléation ou scarification.

Lupus des paupières, narines, lèvres : scarification.

Lupus des muqueuses : électro-cautère; raclage et pansement à l'acide lactique.

Lupus *vorax* : scarification; pas de cautérisation.

Lupus à la période des tubercules isolés : scarification et cautérisation combinées.

MOREL-LAVALLÉE.

Le traitement de la lèpre. (*Therap. Wochenschrift*, 21 mars 1897.) — Le Pr Fornara a fait à Venise, le 28 février de cette année, une conférence sur le traitement de la lèpre; il préconise l'airol, qu'il essaya d'abord en frictions (pommade à 10 0/0, à base de vaseline) auxquelles vinrent plus tard s'ajouter des injections sous-cutanées (airol 5 grammes, glycérine 35, eau distillée 10 : quelques divisions de la seringue de Pravaz sont injectées dans les plaques et les nodules lépreux). Les lépromes naso-pharyngiens furent traités par application de la pommade.

Le résultat obtenu a été remarquable : les petits nodules ont disparu promptement, les plus gros se résorbèrent plus lentement et furent ponctionnés pour éviter l'entrée des bacilles dans le torrent circulatoire. La couleur du contenu des nodules était orangée grâce à l'airol injecté, la consistance pâteuse, aussi fut-il parfois nécessaire d'injecter dans la masse de l'eau distillée pour faciliter l'aspiration au moment de la ponction.

L'airol se décompose dans l'organisme, ainsi que le prouvent les accidents que l'auteur a observés sous l'influence de doses trop élevées (six à sept seringues de Pravaz par jour). Il se développa des troubles cardio-pulmonaires, des mouvements antipéristaltiques accusés dans le tube digestif; l'urine contenait de l'iode. La présence du bismuth dans la combinaison chimique se manifesta par un liseré gingival très net.

L'auteur considère que le traitement par l'airol donne des résultats beaucoup plus satisfaisants que toutes les méthodes jusqu'ici préconisées.

E. Vogt.

Le bleu de méthylène en injections dans l'épithélioma de la face. (*Normandie médicale*, 1er avril 1897.) — M. Dubarry (du Havre) rapporte une observation d'épithélioma de la face (menton) guéri par des injections interstitielles de solution aqueuse de bleu de méthylène au 1/10. Une injection tous les deux jours, de 2 centimètres cubes, puis d'une seule seringue, fut pratiquée pendant deux mois; les quatrième et cinquième mois, une à deux injections par semaine; en dernier lieu, quelques gouttes seulement. L'auteur a obtenu une régression scléreuse atrophique, puis une cicatrice fibroïde. Le traitement a duré de janvier à juin 1896. La malade, revue le 15 février 1897, présentait toujours sa cicatrice intacte et bien inférieure à l'étendue primitive du mal.

MOREL-LAVALLÉE.

Le pansement de Unna pour les ulcères chroniques des jambes. (*Philadelphia Polyclinic*, 20 mars 1897.) — C.-E. Ide (de Buffalo) dit avoir retiré de merveilleux et rapides effets du pansement de Unna, lequel établit à demeure une compression constante à l'aide de la colle de zinc gélatinée et de la gaze en compresses imbriquées. C'est, en somme, un appareil stucké inamovible temporaire, pouvant être percé d'une fenêtre pour les pansements, si besoin, renouvelable toutes les six semaines, et permettant la guérison relativement rapide des plaies chroniques et torpides de la jambe sans quitter ses occupations.

MOREL-LAVALLÉE.

Quelques formules pour l'acné. (*Journal des Praticiens*, 1897, p. 183.) — M. Halloprau a réuni un grand nombre de formules pour l'acné. Voici les plus usitées :

1° Ce sont d'abord les pommades, où l'on associe le savon, le soufre et le naphtol; par exemple :

Axonge benzoïnée.....	30	grammes.
Savon.....	10	—
Lait de soufre.....	5	—
Naphtol.....	5	—

2° Puis des pâtes; soit la pâte de Lassar, résorcinée à 20 0/0.

3° Ou des vernis :

Collodion élastique.....	30	grammes.
Ichtyol.....	2	—
Résorcine.....	1	—

4° Ou des préparations liquides; ici nous voyons employer : le précipité de soufre dans l'eau et l'alcool camphré.

Le thiol en solution à 25 0/0 (Schwimmer), ou bien encore le sublimé, le calomel, le chlorhydrate d'ammoniaque en solution relativement forte; l'acide salicylique à 2 ou 4 0/0 dans la vaseline ou l'alcool.

Enfin vient le traitement chirurgical, que nous ne faisons ici que mentionner.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement de la séborrhée grasse. (*Société derm.*, 11 mars 1897.) — M. SABOURAUD, après avoir isolé le microbe de la séborrhée grasse et montré ses méfaits, établit que trois ou quatre substances seulement ont une action certaine sur ce parasite : l'huile de cade, la résorcine, l'ichtyol et surtout le soufre. Voici un des types de pommades à recommander :

Moelle de bœuf.....	100	grammes.
Baume du Pérou.....	20	—
Soufre précipité.....	10	—
Chlorhydrate de quinine	4	—
Sel de pilocarpine.....	1	gramme ou plus.

MOREL-LAVALLÉE.

Un traitement efficace de l'eczéma de l'oreille. (*The Therap. Gazette*, 15 février 1897.) — RANDALL recommande de traiter cette affection si rebelle par l'eau oxygénée, qui n'est pas irritante, conserve toutes ses propriétés antiseptiques au contact des points atteints et les imbibe aisément. Les masses épidermiques se détachent avec facilité sous l'influence de ce topique et l'on voit alors nettement les points malades que l'on badigeonnera avec de l'ichtyol pur, ou mieux une pommade à 35 0/0. Si l'eczéma est humide, on préférera le nitrate d'argent en solution à 2 à 10 0/0. Si l'eczéma est très sec, on appliquera des pommades au calomel (5 à 10 0/0), à l'acide salicylique 2 à 5 0/0, etc.

E. VOGT.

Les fractures dans la syphilis. (*Therap. Wochenschrift*, 28 février 1897.) — FREY distingue les fractures spontanées et celles où une fracture traumatique présente dans le mode de guérison des particularités qu'on peut attribuer à l'action de la syphilis.

Les os deviennent plus facilement cassables sous l'influence de la périostite gommeuse, de l'ostéomyélite syphilitique; en tous cas, on ne parviendra pas à obtenir une guérison convenable si l'on ne combine pas le traitement spécifique avec le traitement classique des fractures qui atteignent surtout les os longs.

E. VOGT.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL
Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

De l'hystérectomie vaginale avec pinces à demeure. (*Centralblatt für Gynæk.*, 23 janvier 1897.) — Le Pr SANGER publie une importante revue à propos de 44 cas d'hystérectomie vaginale de sa pratique. Sauf pour les 16 premiers cas, où il a employé le pincement préventif, il a adopté le procédé de Doyen et renoncé à toute hémostase préalable, mais sans faire l'hémisection antérieure. Les pinces ont été posées de haut en bas, et même sur les annexes tout d'abord, avant l'enlèvement de l'utérus. Leur nombre a varié de 6 à 12.

Sänger considère que l'abandon de l'hémostase préventive (Doyen) est un perfectionnement considérable du manuel opératoire de l'hystérectomie : il n'emploie pas le procédé mixte (ligatures et pinces).

Pour l'incision du vagin autour du col, Sänger a renoncé au bistouri et la pratique avec le thermo-cautère, afin d'éviter toute hémorragie.

L'auteur discute ensuite longuement la question des soins consécutifs. Il est d'avis de laisser la gaze du pansement vaginal aussi longtemps que possible en place, huit jours et même plus, s'il n'y a que peu ou pas de réaction abdominale. Toutefois, il ne conseille le drainage que lorsque l'opération a été faite pour lésions suppurées, la réaction du péritoine enflammé chroniquement étant, comme l'on sait, beaucoup moins à craindre. Mais après l'enlèvement d'utérus fibromateux, de lésions non suppuratives, le drainage est plutôt un danger et favorise l'infection et l'intoxication : comme dans ces cas, la brèche vaginale est en même temps très large, les cas de volvulus de l'intestin et de péritonite sont spécialement à craindre. Il vaut mieux, comme le conseille Olshausen, procéder à la fermeture du péritoine et pour cela remplacer les pinces des pédicules ovariens par des ligatures, ou les abaisser fortement dans le vagin pour refermer la plaie au-dessus d'elles.

R. BLONDEL.

Traitement opératoire des fistules génito-urinaires chez la femme. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — KOUNTCHIWRITSCH, en partant de ce point de vue que très souvent c'est l'insuffisance de tissu qui est cause de l'échec de l'opération, eut l'idée de recourir dans tous les cas, même les plus graves, au procédé à lambeau recommandé il y a environ quarante ans par Gerdy et Collin, en le modifiant quelque peu.

En opérant, l'auteur cherche à n'enlever rien, autant que possible; il sépare la cloison vésico-vaginale dans le pourtour de la fistule et réunit ensuite les lambeaux. La direction dans laquelle les bords doivent être réunis est en rapport direct avec l'étiologie de la fistule. Si celle-ci s'était formée, comme cela arrive dans l'immense majorité des cas, à la suite d'un accouchement prolongé, on fera la réunion dans le sens transversal; si au contraire la fistule résulte par exemple d'un pessaire oublié, la réunion sera faite dans le sens longitudinal.

Le travail de l'auteur contient 29 observations concernant les malades opérées d'après ce procédé conservateur. Voici les résultats obtenus : sur 22 malades avec des fistules *faciles à opérer*, 18 ont guéri complètement, 1 a été améliorée, 1 est restée dans le même état et 2 n'ont conservé qu'une fistule filiforme. Sur 7 malades avec des fistules *difficiles à opérer*, 3 ont guéri, 3 ont été considérablement améliorées et 1 est restée dans le même état.

L'auteur considère comme un avantage tout particulier de cette méthode ce fait que le champ opératoire reste libre et qu'on peut par conséquent, le cas échéant, répéter l'opération d'après n'importe quel procédé.

En effet, l'auteur opéra un certain nombre de malades plusieurs fois et est arrivé à obtenir la guérison après la troisième ou quatrième tentative opératoire. En tout cas il faut noter ce point que pas une malade ne vit son état aggravé.

B. TAFT.

Du rôle des boues médicamenteuses en gynécologie. (*Thérapeutique russe*, n° 1, 1897.) — LIBOFF en étudiant l'action des boues médicamenteuses de Jelesnowodsk (Caucase) dans les affections génitales de la femme, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les demi-bains sont mieux supportés et peuvent être plus prolongés que les bains complets.

2° La durée d'un demi-bain est de trente minutes; celle d'un bain complet, de quinze minutes.

3° Les exsudats du petit bassin se résorbent plus rapidement et plus complètement sous l'influence de demi-bains.

4° Les demi-bains rendent les menstruations ainsi que la leucorrhée plus abondantes; les bains complets, au contraire, n'exercent aucune action ni sur la menstruation, ni sur la leucorrhée.

5° Les demi-bains influencent moins la température, la respiration, le pouls et la pression sanguine que les bains complets.

6° La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures, ainsi que sa densité se modifient peu sous l'influence des demi-bains; tandis que les bains complets augmentent la quantité d'urine et sa densité. Mais dans l'un et dans l'autre cas, la réaction de l'urine reste acide.

7° Les demi-bains, ainsi que les bains complets, ne déterminent ni albuminurie, ni glycosurie.

8° A la fin du traitement on constate une augmentation de poids du corps chez les malades soumises au traitement par les demi-bains, une diminution de poids du corps chez celles qui ont été soumises au traitement par des bains complets.

B. TAFT.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Action antigalactagogue du camphre. (*Société de médecine de Nancy*, 29 décembre 1896.) — M. A. HERRGOTT fait une communication sur l'emploi du camphre comme médicament antigalactagogue.

Quand, pour une cause ou pour une autre, le médecin est obligé de supprimer l'allaitement, ordinairement on diminue la quantité des boissons que la femme prend habituellement, on administre en outre de légères purgations, on recouvre les seins avec de l'ouate après avoir fait sur ces organes des onctions avec un liniment camphré ou avec de l'huile de chènevis chauffé; mais tous ces moyens ont une action plutôt morale qu'effective et ils sont surtout propres à calmer les préjugés des femmes qui redoutent les dangers imaginaires d'un lait « résorbé ». En fait, le lait diminue peu à peu quand l'enfant n'est pas mis au sein, quand il tète mal ou qu'il ne tète plus.

En 1890, Pyan Tennisson faisait connaître les bons effets obtenus avec l'antipyrine comme agent antigalactagogue. Dans six cas où ce médicament avait été employé à la dose de 1 gr. 20 à 60 centigrammes par jour et à trois ou cinq reprises, il avait vu la sécrétion lactée diminuer presque complètement chez cinq de ses

accouchées. Malheureusement les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs n'ont pas toujours été aussi satisfaisants. M. A. Herrgott a employé plusieurs fois l'antipyrine comme moyen antigalactagogue sans parvenir à tarir la sécrétion du lait. Pour arriver au but proposé, on a été obligé d'augmenter notablement les doses d'antipyrine : il y avait alors une transpiration abondante de nature à diminuer la quantité du lait. Mais l'antipyrine employée ainsi à fortes doses n'est pas sans présenter de véritables dangers, aussi a-t-il renoncé complètement à en faire usage comme antigalactagogue.

Le médicament que M. A. Herrgott emploie est le camphre et les résultats qu'il a obtenus sont tout à fait de nature à en recommander l'usage. Il le prescrit à la dose de 60 centigrammes par jour en trois fois, par cachets de 20 centigrammes et cela pendant trois jours. Dans une trentaine de cas où le camphre a été employé dans ce but, la sécrétion a presque toujours diminué d'une façon tout à fait remarquable.

M. A. Herrgott a été amené à faire usage du camphre comme antigalactagogue par les résultats obtenus par M. A. Kiener, de la Forge, près de Wolbach (Haute-Alsace) sur les animaux et en particulier sur les vaches laitières, résultats qui semblent tout à fait probants.

M. A. Herrgott, quand la femme ne peut nourrir, emploie alors le lait stérilisé. Il se sert surtout de l'appareil de Soxhlet qu'il a, croit-il, été le premier à employer en France, car il en fait usage depuis le mois de mai 1889, ainsi qu'il l'a indiqué dans une communication en date du 11 janvier 1893.

R. Blondel.

De l'action antisudorale de la sauge, par MM. Meurisse et G. Dassonville. (*Echo médical du Nord*, 11 avril 1897, p. 157.) — Le travail récent de Max Krahn a ramené l'attention sur les vertus antisudorales de la sauge. Les deux auteurs de l'article l'ont employée dans le service de M. Combemale, à Lille, sur dix-neuf malades tuberculeux, sujets à des sueurs nocturnes profuses. Ils n'ont pas eu un seul insuccès (Krahn en avait eu deux sur trente-huit malades). Ils ont préparé avec les feuilles et les sommités fleuries de la plante une teinture alcoolique au cinquième dont ils ont donné trente gouttes environ deux heures avant le moment présumé de la crise : dès le second jour l'amélioration était manifeste : dans quelques cas il a fallu aller jusqu'à cinquante gouttes pour obtenir la cessation complète des sueurs, qui alors n'a jamais manqué. Tous les malades étaient des tuberculeux avérés, plusieurs même en possession de cavernes. Aucun phénomène fâcheux n'a été observé, et la cessation des sueurs durait encore plusieurs semaines après la suppression du médicament. A noter seulement l'apparition ou la recrudescence de la diarrhée chez les malades, comme si une sorte de compensation à l'excrétion sudorale s'exerçait du côté du tube digestif : cette diarrhée fut combattue avec succès au moyen du dermatol : mais alors les sueurs avaient une tendance à reparaître.

R. Blondel.

De l'action immunisante des saignées abondantes. (*Med. Obosr.*, n° 3, 1897.) — Esipoff a fait des recherches pour savoir quelle est l'action exercée par des saignées abondantes, d'une part, sur la composition chimique du sang et, d'autre part, sur l'immunité de l'économie contre le choléra. Ses recherches l'ont amené à formuler les conclusions suivantes :

1° Le sang du lapin, du cobaye et du pigeon après des saignées abondantes (1/35 à 1/40 du poids du corps) acquiert des propriétés bactéricides.

2° Cette modification se produit lentement et, devenant de plus en plus nette, atteint son maximum au bout de vingt-quatre heures; à partir de ce moment les propriétés bactéricides se font de moins en moins énergiques.

3° En même temps qu'apparaissent ces propriétés bactéricides on note chez le cobaye l'augmentation de la résistance à l'infection cholérique intra-abdominale.

4° Des saignées préalables répétées augmentent la résistance du cobaye contre l'infection cholérique d'une façon plus considérable qu'une saignée unique.

5° C'est à la phagocytose qu'appartient le vrai rôle dans la défense de l'organisme du cobaye saigné contre l'infection cholérique intra-abdominale.

B. Taft.

Le procédé de Laborde dans la narcose. (*Thérapeutique russe*, n° 2, 1897.) — Guerzogue en se basant sur ses expériences faites sur des chiens conseille de ne pas avoir trop de confiance dans ce procédé. Ses expériences lui ont montré, en effet, que c'est seulement tout à fait au début que le procédé de Laborde peut rendre quelques services, mais comme moyen adjuvant; il reste, au contraire, absolument inefficace plus tard.

B. Taft.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Académie de médecine. — M. Richelot a été élu dans la section de chirurgie par 71 voix contre 2 à M. Bouilly et 2 à M. Peyrot.

Société obstétricale de France. — La session annuelle aura lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine de Pâques, 22, 23 et 24 avril 1897, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

La « séance d'affaires » est fixée au jeudi 22 avril, neuf heures du matin; cette séance devant être de courte durée, les communications commenceront aussitôt après.

Conformément à l'article 8 du règlement, toutes les demandes de communication doivent être faites *au moins un mois* avant l'ouverture de la session.

Les deux questions mises à l'étude sont :

1° *De l'avortement habituel.*

2° *Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement.*

Toute demande d'inscription pour une communication et toute demande de renseignements doit être adressée à M. le Dr Crouzat, secrétaire général, rue du Sénéchal, 9, à Toulouse, ou à M. le Dr Demelin, rue des Halles, 30, à Paris.

Œuvre des hôpitaux marins. — L'Œuvre des hôpitaux marins a pour but de recueillir, soulager et guérir les innombrables pupilles de l'Assistance publique des départements, ceux qu'on appelait autrefois les enfants trouvés, et qui, nés dans des conditions sociales et matérielles profondément misérables, doivent, pour la plupart, à ces conditions mêmes, quand ils n'en ont pas apporté le germe en naissant, le développement de ces maux dont le nom seul inspire au public autant de répulsion que de pitié : le rachitisme, la scrofule et la tuberculose. Or, ces maux si variés dans leurs formes, le traitement marin parvient à les guérir. Ces résultats si remarquables, constatés au sanatorium de Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales) et à celui de Saint-Trojan (île d'Oléron), appartenant tous les deux à l'Œuvre, c'est la mer seule qui les fait obtenir.

Un comité de Dames a été constitué afin de coopérer au succès de cette œuvre si humanitaire, sous la présidence de Mme Félix Guyon qui a été chargée de faire appel à la grande famille médicinale de France. Prière de lui adresser, 11 *bis*, rue Roquépine, les souscriptions que l'on aura pu recueillir.

Les enfants qui crient. — A New-York, dans une crèche, voici le procédé imaginé pour empêcher les enfants de crier. La nourrice va vers le crieur, le prend avec douceur et lui met la main sur le nez et sur la bouche, de façon qu'il ne puisse respirer. Le cri cesse aussitôt et l'on permet alors à l'enfant de respirer librement. S'il recommence à crier, on recommence la même manœuvre jusqu'à ce que le petit sauvage se soit fait ce raisonnement aussi faux que simpliste à savoir que le cri gêne sa respiration. Dès lors, paraît-il, il est guéri. Heureux parents !

Comme on nous juge. — Le rédacteur du *Pot-au-feu* s'occupe des huîtres et de leur microbe spécial. Il nous fait, en passant, cette petite révélation :

« Je n'insisterai pas sur les potins qui ont cours à ce sujet dans les couloirs de l'Académie de médecine. A en croire plusieurs membres fort honorables de cette docte assemblée, le microbe des huîtres serait surtout un microbe de camaraderie dont le bouillon de culture aurait pour produit indirect la création d'un poste d'inspecteur général des huîtrières en France. C'est une fonction qui manque et pour laquelle un candidat serait tout prêt... »

PETITE CHRONIQUE

Le dernier coup de pioche des démolisseurs est proche (1) et dans quelques jours, ce qui subsistait encore de la partie condamnée des bâtiments de la vieille Faculté aura disparu. J'ai constaté le fait par hasard, en passant par là, l'autre jour. De la rue de l'Ecole-de-Médecine, le spectacle était navrant — que contemplaient du trottoir quelques petits groupes d'étudiants, les uns curieux et gouailleurs, d'autres bavards et documentés, quelques-uns, je le dis à leur louange, silencieux et un peu songeurs. Le toit de l'ancienne chapelle dont le chœur en rotonde formait l'angle de la rue Hautefeuille, est dénudé de ses ardoises et réduit à un grillage d'énormes poutres; le mur de façade, dont les larges baies ogivales ont vu leurs vitraux remplacés par deux étages de petites fenêtres, porte encore au-dessus de la devanture vitrée de l'ancien laboratoire du Pr Gautier, les enseignes à demie effacées des boutiquiers qui occupèrent d'abord la vieille chapelle après sa désaffectation « marchand de vins-traiteur...», « marchand d'habits...» Les plafonds, déjà, sont défoncés comme après un bombardement, et par les fenêtres crevées des coins de petites salles où jamais tant de lumière ne pénétra, montrent leurs murs jaunis, leurs portes basses, leurs escaliers de quelques marches... Ici c'était le petit cabinet bas de feu Béclard, un brave homme, timide et un peu entêté, vous recevant d'un geste qu'il voulait rendre brusque et affairé, sachant bien à l'avance qu'il allait se laisser fléchir une fois de plus. Là, le petit antichambre où l'on attendait son tour de passer d evant lui, tous rangés sur la banquette à la moleskine défaillante, vaguement inquiets, scrutant de l'œil les compagnons d'attente, chacun préparant, mentalement, sa phrase de début. Et l'*angor pectoris* quand le tambour de la double porte s'ouvrait pour votre tour! « Monsieur le doyen, c'est pour mes huit inscriptions que l'on n'a pas voulu me donner parce que...» Ah! les raisons extraordinaires! l'argent non envoyé à temps par la famille (hum!), les absences constatées, toutes excusables, louables même, une vieille tante malade à veiller, etc.; quelquefois la vérité, murmurée en roulant les bords du feutre, un remplacement en province, cinq francs par jour... « Allons, c'est bon : je ne veux plus que cela se reproduise, entendez-vous, je ne le veux plus...» Ah! le brave homme!

Ici ce sont les salles d'examen où je retrouve aux murs toutes les angoisses de la vingtième année, quand le terrible Robin ou l'inexorable Sappey appelait gravement notre nom à haute voix : « Monsieur, veuillez vous asseoir...» et nous « envoyait », du plateau poudreux qui semblait apporté des catacombes, une rotule ou un calcanéum, froidement, sans une parole. Ici le redoutable Baillon, l'œil dormant derrière un binocle en équilibre au fin bout d'un nez bizarre, plaçait devant vous, avec des gestes de Locuste devant l'esclave en expérience, le bocal où gisaient la belladone en miettes ou les cocons de sangsue méconnaissables, cependant qu'en notre cervelle ahurie défilaient pêle-mêle, les noms des bocaux de la série du jour, acquis à beaux deniers, pour une belle pièce de cent sous, d'un garçon de salle compatissant ou simplement soiffard. Au bout, dans la rotonde, où l'on descendait par quelques marches, pour arriver à un minuscule amphithéâtre, je revois d'autres profils d'examinateurs : Charcot, bourru et dédaigneux; le bon Regnault, paternel et sceptique; le père Richet, solennel et disert; Trélat, bruyant et menaçant; Gosselin, froid et pince-sans-rire; Verneuil, criard et indigné; et d'autres plus jeunes, l'agrégé aux calembours, celui à la belle tête... Que de souvenirs!

Au-dessous, c'était le laboratoire de Gautier encombré comme un magasin de verreries étranges. Au troisième étage c'étaient les appartements particuliers du doyen, ceux du bibliothécaire et j'y revois encore, derrière la table immense, surchargée de papiers, la figure placide du bon Dr Hahn où, au bout de quelques minutes de conversation, on ne distinguait plus que les deux verres des lunettes et la barbe grisonnante dans la fumée de l'énorme pipe.

Derrière le bâtiment, c'était un extraordinaire fouillis de maisons que la construction du nouveau laboratoire de Pharmacologie a déjà mises au jour en grande partie, il y a quelques années : murs lépreux, envahis par l'humidité et les moisissures, dénudés par places, toute une dermatologie compliquée de la muraille, des auvents abandonnés, des recoins orduriers, des réduits noirs aux portes délabrées, un ramassis honteux de ruines séculaires et paisibles, où les rats étaient les seuls maîtres depuis longtemps.

Allons! encore un coin du passé qui rentre dans l'ombre plus définitivement encore, puisque le cadre du souvenir lui-même disparaît et que

(1) Cet article, écrit en vue du numéro du 1er avril, a dû céder la place, pour raison d'actualité, à celui qui a été publié à la suite de la condamnation Boisleux-La Jarrige.

jamais plus, passant par là, rien ne s'évoquera de notre mémoire devant ce qui remplacera la vieille masure enterrée. C'est un lambeau de eunesse qui s'en va et dont je sens la disparition, un peu plus sûre, donc plus triste. Il y aura là demain de belles pierres de taille. Le monument dû aux conceptions académiques de l'architecte qui voulut faire grand, éternel, et tracer son nom en lettres gigantesques sur le sol de Paris, ce monument hybride, gréco-bourgeois, qui tient du ministère et du vaste caveau de famille, mettra là sa façade neuve, ses couloirs immenses, ses salles froides. N'importe; c'est peut-être en égoïste que je regrette ma vieille maison, où logea un peu de moi-même : mais ces petites chambres d'un logis bourgeois, ces escaliers imprévus, tout cela vous avait un air familial, paternel, intime, que l'on ne nous rendra pas : on était là chez soi, tant cela ressemblait à votre chambre, et aujourd'hui que ces pauvres murs honteux montrent au vent de la rue leurs papiers déchirés et pendants comme de vieilles loques, un serrement de cœur vous prend comme si brusquement vous rencontriez, gisant sur le trottoir, devant la curiosité des badauds attroupés, une pauvre vieille femme sans vêtements et qui ressemblerait à votre grand'mère...

R. Bl.

BIBLIOGRAPHIE

Anthracose et tuberculose; étude sur les ouvriers des houillères, par le Dr Oberthur. (*Thèse* soutenue le 1er avril 1897.) — Cet ouvrage, qui sort absolument du cadre banal des thèses ordinaires présente un intérêt particulier. Non seulement instructif pour les médecins il serait utilement lu par les hygiénistes et par tous ceux qu'intéressent les grands problèmes de l'économie sociale.

Dans une première partie, l'auteur nous fait vivre de la vie des mineurs. Ces chapitres sont le fruit d'une expérience acquise par de nombreux voyages dans les mines de France et de l'étranger, où l'auteur a étudié l'homme des mines qu'il nous montre dans son travail et dans ses deux vies, souterraine et aérienne.

Il étudie surtout les immenses progrès réalisés en vue de l'hygiène, l'habillement du mineur, les douches qu'on l'oblige à prendre en sortant du travail, les précautions prises pour sa nourriture et pour son bien-être en général (instruction, caisses de retraite, service médical).

On voit par des descriptions prises sur le vif que le mineur est un ouvrier comme ceux de nos villes en général, peut-être même plus heureux et que le séjour de la mine n'est pas aussi sombre que les romanciers se sont plu à nous le décrire. Sans être enchanteur il est relativement sain puisque les animaux, tels que les chevaux, y vivent parfaitement sans jamais remonter à la lumière.

Cette première partie est complétée par le résumé d'expériences très sérieusement conduites sur la composition de l'air des mines et surtout sur son humidité exagérée et sa pauvreté en micro-organismes.

Dans la deuxième partie, l'auteur étudie les maladies des voies respiratoires chez les mineurs. Passant rapidement en revue toutes les affections, il montre qu'elles ne sont pas plus fréquentes que dans les autres professions. Mais il s'attache surtout à l'anthracose et à la tuberculose.

Combattant les opinions qui ont cours, l'anthracose, dit-il, n'est pas une maladie, ce n'est qu'un signe d'identité professionnelle. L'anatomie pathologique et la clinique prouvent que l'anthracose est rare et les affections chroniques des voies respiratoires ne sont pas dues aux poussières de charbon : on peut toujours leur trouver une autre étiologie. Cependant les poussières de charbon ne sont pas curatives comme on l'avait pensé. Ceci l'amène à la tuberculose que les statistiques accusent moindre chez les mineurs que chez les citadins, ce qui tient pour l'auteur à trois causes : à l'humidité souvent acide du milieu dans lequel les ouvriers travaillent, à leur groupement par petit nombre et à leur continuel déplacement. Sans vouloir faire du milieu houiller un sanatorium pour les tuberculeux, il en démontre l'excellente composition hygiénique.

Du reste, tous ces faits sont appuyés non seulement sur des statistiques considérables, sur les opinions des médecins et ingénieurs des mines de houille de l'Europe occidentale, mais encore sur une foule d'observations et d'expériences personnelles que l'auteur a su conduire avec persévérance.

Quelques planches terminent heureusement cet ouvrage qui a mérité à juste titre les plus vives félicitations de la Faculté.

A. Lesage.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Paraplaste. — Nom donné par le Dr Unna à de nouveaux topiques. Le paraplaste peut remplacer la gutta-percha si populaire chez les dermatologues; il consiste en un tissu de coton très fin et très mince que l'on imprègne d'un emplâtre à base de lanoline, de résine, de dammar et de caoutchouc. (*Union pharmaceutique.*)

Le lucium : un nouvel élément. — Le *Chemical News* annonce la découverte d'un nouvel élément par M. Barrière. Cet élément, trouvé au cours de recherches sur le sable monazite, a reçu le nom de *lucium :* il est susceptible d'utilisation pour la confection des manchons des becs à incandescence du système Auer. Le lucium se distingue d'ailleurs très nettement des autres substances employées jusqu'ici à cet effet. Il ne forme pas de sel double insoluble avec le sulfate de soude comme le font le cerium, le lanthanum et le didymium; il n'en forme pas non plus avec le sulfate de potasse comme le thorium et le zirconium. Le lucium est précipité par le thiasulfate de soude, alors que l'ytrium, l'ytterbium et l'erbium ne le sont pas; enfin le nouvel élément se distingue du glucinium par la précipitation de ses sels par l'acide oxalique.

Le lucium serait soluble dans les acides sulfurique, nitrique et acétique, et formerait des sels ou blancs ou légèrement teintés en rose. Tous ces sels sont solubles dans l'eau et donnent des dissolutions liquides et incolores.

Le lucium a un spectre spécial, mais se rapprochant de celui de l'erbium, son poids atomique est de 104. (*Revue scientifique.*)

Prix proposés pour l'année 1898 (*Les concours seront clos fin février 1898*).

Prix de l'Académie. 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Aubert. 500 francs. — M. Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

Prix Baillarger. 2,000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. 2,000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. 1,200 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. 1,200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. 1,500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. 10,500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. 1,400 francs. (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Chevillon. 1,500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Daudet. 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *Des sarcomes.*

Prix Desportes. 1,300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulistes.*

Prix Ernest Godard. 1,000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin, de Metz. 1,200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Du traitement abortif de la blennorrhagie.*

Prix Théodore Herpin, de Genève. 3,000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement de l'ataxie locomotrice,

D'après le Pr W. Erb (de Heidelberg) (1).

La *prophylaxie* du tabes doit en premier lieu tenir compte de la cause principale et la plus commune de cette affection, c'est-à-dire de la syphilis. D'autres facteurs étiologiques viennent encore jouer un rôle, tels que l'hérédité névropathique et de nombreuses causes occasionnelles, tels qu'un fort refroidissement, des fatigues corporelles, le surmenage, les excès vénériens, et parfois les traumatismes, l'abus d'alcool et de spiritueux, le travail cérébral exagéré, de grandes émotions et des secousses morales. La thérapeutique prophylactique la plus efficace consistera donc dans le traitement précoce, approfondi et suffisamment prolongé de la syphilis dans ses premiers stades. On veillera en outre à attirer l'attention des syphilitiques, et spécialement de ceux atteints de névropathie héréditaire ou acquise, sur les causes occasionnelles ci-dessus énumérées, sans oublier les dangers de l'emploi de bains trop chauds ou des bains de vapeur. Les nerveux qui ont contracté la syphilis doivent lutter avec énergie contre la neurasthénie : ils se soumettront à une hygiène raisonnable, éviteront et supprimeront peu à peu tout excès, suivront un traitement hydrothérapique rationnel, feront des séjours prolongés à la montagne, prendront des toniques ou encore, si l'éréthisme domine, des bromures.

L'*indication étiologique* nous conduit à l'adoption d'un traitement antisyphilitique lorsque nous nous trouvons en présence d'un tabétique *auparavant atteint de syphilis*. Le tabes doit, selon toute probabilité, être considéré comme une maladie toxique, dégénérative, provenant de l'action de certains produits de désassimilation dus à la présence dans le corps de syphilotoxines. Le caractère chronique et progressif de l'ataxie semble en effet démontrer que l'organisme contient d'une façon constante et à l'état permanent de virulence des toxines de ce genre, ou au moins qu'il en fabrique de temps en temps, après une période d'accalmie. Il est certain que les bénéfices du traitement spécifique ne sont pas grands jusqu'ici, au moins au point de vue de la rapidité et de l'infaillibilité d'action, mais on peut cependant constater que dans beaucoup de cas on obtient une amélioration ou un arrêt de la maladie. Erb n'a pour ainsi dire jamais observé dans cette

(1) Ce travail si complet, dû au clinicien le plus qualifié à l'heure actuelle pour faire connaître les résultats de sa longue expérience dans le traitement de l'ataxie, était déjà imprimé quand MM. Gilles de la Tourette et Chipault ont lu à l'Académie de médecine, le 27 avril, et publié dans *le Gaulois*, *l'Eclair*, *les Débats*, *le Temps* (avec deux figures), une note sur le *traitement de l'ataxie par l'élongation vraie de la moelle épinière*, au moyen de l'incurvation forcée de la colonne vertébrale. Cette méthode est exactement celle que j'ai préconisée il y a deux ans (Société de thérapeutique, 20 mars 1895, *Revue de thérapeutique*, 1er avril 1895), et je n'avais même pas la prétention d'être alors le tout premier initiateur de ce genre de traitement. On verra plus loin que le Pr Erb a bien voulu, dans sa belle étude, faire une place à notre modeste travail, et l'on comparera cette parfaite correction d'attitude de l'auteur, attitude rare en Allemagne vis-à-vis des publications françaises, au silence gardé sur tous les travaux antérieurs au leur par MM. Gilles de la Tourette et Chipault. R. Blondel.

affection de mauvais effets du traitement hydrargyrique, auquel ressortissent tout spécialement : 1° tous les cas récents dans lesquels la syphilis n'a pas été contractée à une époque trop éloignée du début des accidents tabétiques : 2° tous les cas dans lesquels on peut encore déceler des symptômes secondaires, ou ceux qui paraissent compliqués de syphilis cérébrale ou méningée ; 3° les cas où le traitement antisyphilitique antérieur a été tout à fait insuffisant.

Le traitement spécifique est contre-indiqué dans tous les cas de tabes ancien ou très avancé, chez des individus profondément cachectiques ou dyspeptiques, chez ceux dont l'infection syphilitique remonte à de nombreuses années en arrière ou chez ceux qui ont subi sans succès, et à diverses reprises, des séries de traitements énergiques, enfin chez ceux qui présentent de l'intolérance idiosyncrasique pour le mercure ou l'iode.

Il y a lieu, lorsqu'il s'agit de choisir le médicament spécifique approprié, de s'adresser au mercure ; mais il ne faut pas oublier que dans certains cas l'iodure de potassium est appelé à jouer un rôle marqué dans la médication. C'est aux frictions hydrargyriques qu'il faut accorder la préférence, aux doses de 4 à 6 grammes d'onguent gris par jour. Il va sans dire que toutes les précautions usuelles (soins de la bouche, bains de 32° à 33° centigrades, alimentation abondante, séjour à l'air, etc.) seront minutieusement prises ; on ne devra interrompre chaque série de frictions qu'à la trentième ou quarantième, même à la cinquantième ou soixantième. Les périodes intercalaires auront une durée de quatre à douze mois : on ne cessera pas à ce moment tout traitement, mais l'on s'adressera aux toniques. Parmi eux, l'air des montagnes, l'hydrothérapie modérée bien dirigée (demi-bains de 22° à 30° centigrades de préférence), les toniques proprements dits (pilules au lactate de fer, à l'extrait aqueux de quinquina, à l'extrait de noix vomique, etc.), le traitement électrique, sont tout spécialement indiqués. Dans la plupart des cas, les résultats favorables d'une thérapeutique ainsi comprise ne se feront sentir qu'au cours de ces périodes intercalaires, car le mercure est uniquement destiné à combattre l'élément toxique étiologique et à permettre ainsi à la médication tonique de contribuer à la régénération des filets nerveux atteints.

Erb associe souvent le traitement par les frictions à une cure à Aix-la-Chapelle, à condition que les bains très chauds, en usage à cette station, soient évités : il ne faut pas dépasser 33° à 34° centigrades. On peut adresser aussi les malades à Nauheim, Wiesbaden, Baden-Baden, Baden en Argovie et Baden près Vienne, en un mot à toutes les stations sulfureuses, ou encore aux stations où l'on utilise les eaux mères des salines. Les maisons de santé pour affections nerveuses, certains sanatoria rendront les mêmes services : on peut enfin recourir à diverses méthodes thérapeutiques spéciales (pinceau faradique, traitement galvanique, hydrothérapie, gymnastique, suspension, etc.). Il faut éviter de faire une série de frictions au moment où le malade satisfait à ses obligations professionnelles : les séries seront entrecoupées de périodes de repos d'une durée de six à neuf mois.

L'iodure de potassium n'a pas l'efficacité de l'hydrargyre, mais son emploi ne doit pas être négligé, surtout dans les cas qui se compliquent de modifications spécifiques méningées ou vasculaires. On peut intercaler l'iodure entre les séries de frictions, avant ou après les périodes où la médication tonique entre en scène. On peut aussi l'employer seul, au moins pendant un à trois mois de suite, aux doses de 1 gr. 50 à 4 grammes et davantage par jour, dans du lait ou une eau alcaline. L'indication principale de l'iodure consiste dans les complications tertiaires affectant la peau, la muqueuse ou les os, dans

la syphilis cérébrale, dans les cas avec douleurs fulgurantes violentes et symptômes d'ataxie à évolution rapide, enfin dans ceux de névrite périphérique.

Si l'on se base sur l'hypothèse que le tabes n'est pas une forme tertiaire de la syphilis, mais une affection *consécutive* à cette dernière et dépendant d'elle, on verra que les indications thérapeutiques sont diverses et nombreuses. L'essence intime du tabes doit se concevoir comme un trouble de nutrition ayant pour siège les éléments nerveux, et dû à des actions toxiques endogènes ou exogènes qui modifient en premier lieu les phénomènes d'ordre chimique qui se passent dans ces éléments nerveux et finissent par provoquer une dégénérescence anatomique de ces derniers. Le but à atteindre consiste donc à favoriser les échanges intra-organiques, à relever la nutrition, à modifier l'état chimique des nerfs malades, à exciter modérément les fonctions de filets nerveux et enfin à faciliter l'apport du sang dans les territoires atteints. Le genre de vie doit en premier lieu être sévèrement réglé : modération dans l'alimentation solide et liquide, qui ne sera pas excitante, mais simple, variée et fortifiante, modération dans l'usage du tabac et des spiritueux; éviter l'excès de travail, prendre beaucoup de repos et un temps suffisant pour un sommeil réparateur, rechercher les distractions anodines, éviter toute excitation et toute fatigue ainsi que les émotions (jeux de hasard, spéculations, discussions politiques, etc.); la plus grande modération devra présider aux rapports sexuels (on peut permettre ces derniers aux malades, quand le tabes est au début); on recommandera pour l'été le séjour au grand air, en forêt, sur les montagnes, et en hiver les stations méditerranéennes : le travail corporel, enfin, sera sévèrement réglé et l'on fera cesser tout exercice aussitôt que la fatigue se fait sentir.

Parmi les médicaments, le *nitrate d'argent* semble avoir montré, dans certains cas quelque efficacité. On le donnera pendant longtemps, pendant des mois, avec périodes de repos prolongées, et l'on s'adressera de préférence à la forme pilulaire (3 à 5 centigrammes par jour, associés à l'extrait de noix vomique). En deux à quatre ans, il faut donner 8 à 12 grammes de nitrate au moins. L'auteur n'a pu obtenir de résultats thérapeutiques avec le seigle ergoté (20 centigrammes par dose, deux à trois fois par jour pendant quelques semaines, suivies de périodes de repos). L'arsenic mériterait qu'on l'essayât, l'iodure de potassium est diversement jugé par les auteurs (1 à 4 grammes par jour en solution étendue additionnée d'un peu de bicarbonate de soude). Les bromures ont paru à Erb inefficaces, tandis que la strychnine produit assez souvent de bons effets, soit en injections sous-cutanées aux doses de 2, 4, 8 et 10 milligrammes, soit sous forme de teinture ou d'extrait de noix vomique, associée à l'arsenic, au nitrate d'argent, au vin de condurango et surtout aux toniques proprement dits, tels que les martiaux, les préparations à base de quinquina, etc. Les toniques sont spécialement recommandés par Erb sous forme de pilules, dont voici la formule :

Lactate de fer	3 à 5 grammes.
Extrait mou de quinquina	4 à 5 —
Teinture de noix vomique	4 à 8 centigr.
Extrait de gentiane	Q. s.

Pour faire 100 pilules. Une à deux, trois fois par jour, à la fin du repas.

L'*opothérapie* n'a pas encore reçu suffisamment la sanction de l'expérience, pas plus que l'emploi en injections hypodermiques ou en ingestion stomacale, des glycérophosphates.

La température des bains sera en général moyenne ou basse, la teneur en acide carbonique doit être modérée s'il s'agit de stations (Nauheim, Saint-Moritz, Franzensbad, par exemple) où l'eau contient ce gaz en notables proportions : l'eau qui sert à baigner le malade ne doit pas avoir un courant trop violent. Les eaux indifférentes, surtout avec haute thermalité, sont dans la plupart des cas plutôt nuisibles. Dans certains cas cependant, surtout lorsqu'il s'agit de malades atteints d'éréthisme nerveux avec douleurs fulgurantes violentes, crises, etc., on pourra retirer quelque bénéfice de ce genre de balnéation. La température ne devra pourtant jamais dépasser 34° centigrades, la durée du bain sera de huit à dix minutes, et l'on ne permettra que trois à quatre bains par semaine. Les mêmes remarques s'appliquent aux bains sulfureux, et il faut tout spécialement éviter les bains d'air ou de vapeur chauds.

L'*hydrothérapie* présente du reste une importance encore plus grande que la balnéothérapie. Il faut, ici encore, éviter avec grand soin toute intervention trop intensive, irritante ou pouvant provoquer des syncopes, c'est-à-dire les bains très froids, les douches, le drap mouillé, les affusions, etc. On s'adressera de préférence aux demi-bains à température moyenne (20° à 30° centigrades) de courte durée (deux à cinq minutes), aux frictions simples avec linge mouillé ou éponge, aux bains complets de 30° à 31°, à des lavages localisés aux reins ou aux pieds, etc. Au plus fort de l'été, certains malades peuvent être autorisés à prendre des bains de rivière. Les bains de mer sont en général nuisibles : dans certains cas cependant, si l'on prend de minutieuses précautions, on peut obtenir de bons résultats grâce à leur emploi. On ne permettra le bain de mer que lorsque les vagues sont peu fortes, la température élevée : la durée du bain sera réduite à une minute ou une minute et demie, tous les deux ou trois jours.

L'*électrothérapie* joue un rôle capital dans le traitement de l'ataxie : c'est surtout le courant galvanique qu'il faut faire intervenir : on placera un pôle à la nuque, l'autre à la région lombaire, et l'on fera passer des courants ascendants ou descendants, parfois les deux successivement chez le même malade. L'électrode supérieure sera dans quelques cas lentement promenée le long du rachis : on s'adressera aussi, dans certain cas, à la galvanisation du grand sympathique (cathode dans la région cervicale, sur le trajet du nerf, anode avec déplacements successifs le long du rachis, depuis les premières vertèbres thoraciques jusqu'aux lombaires supérieures, de chaque côté pendant une à deux minutes: on intervertira ensuite les pôles, et la cathode sera promenée lentement le long du rachis). On peut aussi placer le pôle indifféremment sur le sternum ou l'épigastre, et l'autre sur le rachis, en le déplaçant : si l'on se trouve en présence d'un cas récent avec phénomènes d'irritation, c'est l'anode que l'on appliquera sur le rachis; s'il s'agit d'un cas ancien, ce sera la cathode : on peut faire aussi, dans la même séance, les deux applications successivement. Ce traitement est surtout indiqué quand existe de la sensibilité localisée au niveau de quelques apophyses épineuses, ou encore des douleurs en ceinture, des névralgies intercostales ou des hyperesthésies en ceinture dans la région du tronc. Le traitement des extrémités inférieures consistera en applications de l'anode sur la région lombaire, cathode (avec déplacements) le long des nerfs crural et sciatique. Pour le dos, se servir de larges électrodes allongées (50 à 70 centimètres carrés). Les courants seront modérés, les séances peu prolongées.

Le courant faradique sera en général utilisé sous forme d'applications du pinceau sur le tronc et les extrémités, pendant cinq à vingt minutes tous les jours.

La dérivation cutanée est parfois fort utile : elle consistera en pointes de feu faites

avec un fin thermo-cautère le long du rachis, au nombre de trente à cinquante sur une surface grande comme la paume de la main, tous les huit à dix jours et en variant les points d'application : on s'adressera aussi aux vésicatoires volants, aux badigeonnages de teinture d'iode, tous les jours et sur des surfaces plus ou moins étendues de la colonne vertébrale.

Le massage et la gymnastique ont chacun leur indication : le premier s'adresse aux malades mal nourris, émaciés, à musculature flasque, à digestions pénibles, avec troubles prononcés de la sensibilité et ataxie au début, la seconde aux malades robustes et bien musclés.

L'élongation des nerfs par intervention sanglante peut être aujourd'hui considérée comme abandonnée pour ainsi dire. L'élongation non sanglante a ses partisans, surtout lorsqu'il s'agit de combattre des douleurs fulgurantes, et elle peut être exécutée de diverses façons. L'auteur insiste sur les méthodes principales : 1° celle de Corval consistant en flexion dans l'articulation de la hanche, des jambes en extension, le malade étant étendu à plat : cette flexion sera assez considérable pour permettre de ramener les deux pieds à côté de la tête. 2° Celle de Hegar : le malade étant assis sur une table, les jambes en extension, on met en flexion forcée la tête et le thorax, dans le but d'obtenir l'élongation de la moelle. 3° Celle de Bonuzzi : les genoux du malade étendu sur une surface plane, la tête reposant sur un oreiller, sont entourés d'une alèze et attirés énergiquement vers la tête ; en même temps on fléchit fortement le rachis, de façon à ce que les genoux arrivent jusqu'à la région frontale : on essayera même de faire dépasser la tête, de chaque côté, aux genoux fléchis. 4° Celle de Blondel : les genoux fléchis sont ramenés autant que possible vers le menton et retenus tous les jours dans cette position pendant cinq minutes : la position est maintenue au moyen d'une courroie passant sous les genoux et faisant le tour du cou. Cette attitude est celle que Erb considère comme la plus rationnelle et la moins dangereuse. La *suspension* qui donne dans quelques cas de bons résultats agit aussi en provoquant l'élongation de la colonne vertébrale : on prescrira des séances de une à cinq minutes, en employant l'appareil de Sagré ou celui de Sprimon. Le malade sera tantôt soulevé, étant assis, par les coudes, le menton et la nuque, grâce à un poids fixé à l'extrémité d'une corde passant sur une poulie, ou encore couché sur un plan incliné, la tête et les épaules fixés dans l'immobilité. Le poids du corps réalisera ainsi l'élongation cherchée. Les cas justiciables de cette méthode sont ceux concernant les individus maigres présentant des crises gastriques, des douleurs fulgurantes, de la parésie de l'appareil uro-génital, des douleurs en cuirasse et en ceinture, ou des cas d'ataxie au début. Le même résultat est obtenu avec le corset de Hessing.

Les indications symptomatiques sont nombreuses :

Douleurs fulgurantes. Enveloppements de draps mouillés chauds ou froids, applications de compresses imbibées d'éther ou de chloroforme sur les parties hyperesthésiées, stypage au chlorure de méthyle, sinapismes, frictions au chloroforme, à la vératrine, à l'essence de moutarde, application de vésicatoires permanents, d'emplâtres opiacés ou belladonés, etc. L'électricité (pôle actif immobilisé sur le point douloureux), les frictions et brossages énergiques de la peau, l'action d'une forte pression par application d'une lamelle de plomb, le massage, la suspension, l'élongation non sanglante des nerfs, les badigeonnages répétés de teinture d'iode, les pointes de feu sur le rachis au-dessus du point d'émergence du nerf spécialement affecté, trouveront leurs indications spéciales et permettront, par la diversité de leur action thérapeutique, de soulager le malade.

La médication interne comprend la quinine, l'iodure de potassium, les bromures,

l'antifébrine tout spécialement, aux doses de 30 à 50 centigrammes, la phénacétine, l'antipyrine, l'exalgine, la salipyrine, le salicylate de soude, la lactophénine, etc.; les mélanges thérapeutiques de ces divers produits donnent souvent de meilleurs résultats que l'emploi de chacun de ces médicaments pris isolément. On peut aussi les additionner de faibles doses de narcotiques (codéine, atropine, morphine). Des doses fortes, données à intervalles rapprochés, de tous ces médicaments, sont à recommander. Dans les cas graves, on ne peut se priver du secours des injections de morphine, mais il faudra observer ici la plus grande prudence, ces malades étant tout spécialement prédisposés à la morphinomanie. Même traitement pour les crises stomacales et intestinales, avec l'indication spéciale du repos absolu, d'un régime sévère, de l'abstinence complète des aliments dans quelques cas, ou de l'emploi de lavements nutritifs. Comme révulsifs, la chaleur, le froid, les dérivatifs, les pointes de feu donneront des succès et tout spécialement l'électricité que l'on appliquera de la façon suivante : courant galvanique avec très large électrode sur l'épigastre ou sur l'abdomen, dans la région du plexus solaire, mésentérique ou aortique, ou encore faradisation au pinceau de ces points. Il est rare cependant qu'on ne soit pas, dans ces cas, finalement obligé de recourir à la morphine.

Pour les *crises laryngées*, on essaiera des inhalations de chloroforme, d'éther, des badigeonnages de cocaïne, de la galvanisation de la moelle cervicale, du pneumogastrique et du grand sympathique; pour les crises ano-vésicales ou clitoridiennes, des applications locales combinées à l'antifébrine, aux bromures, à la codéine, à la morphine.

Les *paresthésies* et *anesthésies* sont parfois efficacement combattues par le pinceau faradique ou l'application labile de la cathode du courant galvanique; on n'oubliera pas non plus d'utiliser les frictions, les brossages, les massages, etc. Dans l'atrophie du nerf optique, on s'adressera, en dehors de la médication hydrargyrique et iodurée, au courant galvanique, aux injections hypodermiques de strychnine, aux badigeonnages à la teinture d'iode et aux pointes de feu derrière les oreilles ou sur la nuque. Galezowski a recommandé des injections sous-cutanées, pendant un temps très long, de cyanure d'or et de sodium, et de cyanure de mercure.

Les diverses *paralysies* seront traitées par l'électricité, les injections de strychnine, le massage, etc. Si l'ataxie se développe rapidement, le malade sera mis au repos absolu au lit, si c'est possible; quand l'ataxie est chronique, la méthode de Frænkel, basée sur l'exercice systématisé, présente de très grands avantages.

Les *troubles vésicaux* réclament le courant électrique, mais toujours en applications *externes* : la cystite sera traitée par les méthodes usuelles. Le massage et la suspension sont parfois utiles. Les troubles de l'appareil génital sont justiciables de fortes doses de bromure, de bains de siège froids, d'un régime approprié : éviter en outre toute excitation capable d'augmenter les désirs sexuels et de provoquer des pollutions. On peut, pour combattre l'impuissance, s'adresser à des interventions hydrothérapiques ou électriques, aux préparations de strychnine, aux pilules toniques (voir plus haut), à l'arsenic, à la suspension. En cas de constipation, éviter les purgatifs autant que faire se peut et s'adresser au massage, à l'hydrothérapie, à la faradisation de l'intestin, etc. Le décubitus, le mal perforant seront traités selon les principes chirurgicaux actuellement adoptés. En cas d'arthropathie tabétique on recourra à l'immobilisation de l'article, avec bandage légèrement compressif, aux badigeonnages de teinture d'iode, éventuellement à la ponction, à des résections, etc.

Pour terminer, l'auteur résume en quelques mots les principes qui le dirigent dans le traitement du tabes :

1° Cas tout à fait récents : traitement antisyphilitique quand l'indication existe : ce traitement sera prudent et énergique tout à la fois. On évitera les cures forcées, il est préférable de revenir en plusieurs fois à la charge, en coupant le traitement de temps de repos pendant lesquels on recourt au traitement tonique, à l'électricité. L'hydrothérapie et la balnéothérapie seront indiquées dans les cas plus avancés, alternant, pendant la saison froide, avec le nitrate d'argent et l'électrothérapie, parfois la suspension; ne pas négliger le traitement symptomatique.

2° Dans les stades plus avancés il faut mûrement réfléchir sur l'indication d'une cure antisyphilitique dans chaque cas particulier; cette cure consistera en séries successives de traitements hydrargyriques et iodurés. Le relèvement de l'état général, une alimentation convenable, avec cures thermales ou séjour dans un établissement d'hydrothérapie, le massage, l'électricité; en hiver, plutôt la gymnastique, le massage, la suspension, l'électrothérapie, et enfin le traitement psychique, qui joue un rôle important.

3° Dans les derniers stades il est tout indiqué de ne plus martyriser les malades déjà découragés souvent par une médication trop intensive, des voyages et des cures trop fatigants; on s'en tiendra alors au traitement symptomatique indispensable. Ici la psychothérapie est indispensable, et il faut ranger dans cet ordre d'idée les traitements nouveaux que l'on ne cesse de préconiser à tour de rôle et qui soulagent momentanément le malade.

(Traduit de la *Deutsche Medicinal-Zeitung*, mars 1897, par le Dr E. Vogt.)

Du traitement des affections de l'utérus et des annexes par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse

Par P. Reynier,

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé.

(Rapport lu à la Société de chirurgie, séance du 21 avril 1897.)

M. le Dr Boisseau du Rocher est venu nous lire dernièrement un travail important sur un nouveau traitement, qu'il a proposé, pour les affections utérines. Ce travail repose sur douze observations qu'il a prises dans mon service, sur des malades que je lui avais confiées. J'ai donc pu suivre l'application de ce traitement, en contrôler les résultats, et c'est en pleine connaissance de cause que je fais aujourd'hui ce rapport.

Ce traitement, que M. Boisseau du Rocher a déjà fait connaître dans des publications antérieures, repose sur ce fait bien connu des réactions chimiques, qui se passent au niveau des pôles, au moment du passage d'un courant électrique.

Introduisant dans la cavité utérine une tige d'argent, hystéromètre en argent, reliée au pôle positif d'un courant continu, dont le pôle négatif (plaque humide) est placé sur la

peau, il voit se former au niveau du pôle positif (argent) par le fait des acides qui s'y forment, un sel d'argent, qui serait, d'après lui, l'oxychlorure d'argent. Ce sel se forme au contact de la muqueuse utérine, agit sur elle et la modifie, comme tout autre sel d'argent, le nitrate d'argent pourrait le faire.

Voyons maintenant sa technique.

Il a des tiges d'argent de différentes grosseurs, pouvant remplir l'utérus plus ou moins complètement, et s'appliquer par suite mieux contre la muqueuse. Ces tiges, il les aseptise avant de les introduire, en les faisant bouillir, ou en les passant à la flamme d'une lampe à alcool. La pile dont il se sert est une pile à courants continus ordinaires, comme nous en avons dans tous nos services.

Le pôle négatif, plaque humide, étant sur la peau, le pôle positif, argent, introduit dans l'utérus, il fait passer un courant pendant cinq à six minutes, courant de faible intensité, puisqu'il conseille de le tenir dans les limites de 4 à 10 milliampères. Il insiste pour qu'on ne dépasse pas ces chiffres, donnant les motifs suivants :

Avec des intensités faibles, qui sont bien supportées par les malades, il a obtenu des résultats fort satisfaisants ; avec des intensités plus fortes, qui seraient plus douloureuses, il risquerait de faire des escarres, et surtout il craindrait de voir se former des albuminates d'argent, sels éminemment toxiques.

Dans un cas, il aurait vu le soir se produire des malaises, passagers il est vrai, se traduisant par de la lourdeur de tête, des nausées, des vomissements. Du côté de l'utérus, on ne notait rien qui pût faire penser que ces malaises provenaient de là. Et il crut dans ce cas devoir incriminer la formation de ces albuminates d'argent, d'être la cause des accidents. Quelle que soit l'explication, comme ce ne fut que dans ce cas qu'il vit l'électrolyse être suivie des malaises, il conseille avec raison de ne pas dépasser les intensités de 10 milliampères.

Après l'électrolyse, il fait un pansement à la gaze iodoformée, et permet aux malades de vaquer à leurs affaires. Les séances ont lieu deux ou trois fois par semaine.

Dans les observations qui font la base de ce travail, les malades n'étaient électrolysées que deux fois par semaine.

Comme vous le voyez, ce traitement est fort simple, pas douloureux, n'exigeant pas le repos du lit, il est facilement accepté par les malades.

Voyons maintenant les résultats.

Les observations de M. Boisseau du Rocher se divisent en deux séries :

Dans une première série il dut traiter des hémorragies utérines de causes diverses.

Dans une deuxième il eut à lutter contre des utérus infectés.

Hémorragies utérines. — Observation I.

La première observation se rapporte à une femme de 28 ans à laquelle, en *mai 1895*, j'avais fait l'ablation des annexes pour des ovaires kystiques. Elle rentrait l'année suivante dans mon service pour des pertes abondantes.

Après son opération, elle avait eu ses règles régulièrement ; beaucoup de mes malades sont dans ce cas ; car je fais toujours porter ma ligature assez haut sur l'extrémité de l'ovaire, cherchant ainsi à ne pas arrêter complètement la menstruation et éviter à de jeunes femmes les accidents qu'une ménopause trop précoce peut provoquer. Très souvent je vois cette pratique réussir.

Deux mois avant sa nouvelle rentrée à l'hôpital, la malade avait ressenti dans le ventre des douleurs très vives, accompagnées de pertes blanches très abondantes, puis les règles, régulières jusque-là, avaient été remplacées par des hémorragies abondantes, presque sans interruption.

A l'examen l'utérus était en antéflexion, un peu gros, de consistance un peu molle.

10 avril. Première séance d'électrolyse à l'argent. 10 milliampères 8 minutes. Renversement du courant 10 secondes.

13, 17, 21, 24 avril, même traitement.

La malade sort alors de l'hôpital, n'ayant plus trace d'hémorragie et n'accusant plus de douleur, quelques pertes blanches seules persistent.

Le *28 avril*, les *1er* et *15 mai*, M. Boisseau du Rocher emploie au lieu de l'hystéromètre à l'argent, un hystéromètre au charbon, avec des intensités progressives de 25-40 milliampères, chaque séance étant suivie du traitement à l'oxychlorure d'argent électrolytique d'une durée de 5 minutes et à l'intensité de 10 milliampères. La malade vient donc à l'hôpital deux fois par semaine, et retourne chez elle après chaque séance.

Le *25 mai*, les pertes blanches ont complètement disparu.

Trois séances sont encore faites par précaution, avec l'intensité de: charbon 30 milliampères, et argent 8 milliampères, 5 minutes.

Les règles sont, à cette date, régulières et normales de 4 jours, sans douleurs; l'utérus a repris son volume et sa consistance normales.

Revue le *18 décembre 1896*, la malade est toujours bien réglée et n'a ni pertes blanches, ni pertes rouges.

Observation II.

La nommée L..., domestique, 20 ans, vierge, entre, le *6 mai 1896*, salle Gosselin, service de M. le Pr Reynier.

Depuis deux mois, la malade a des pertes continuelles très abondantes durant encore au bout de 32 jours. Elle souffre du ventre, et accuse des maux tête, des crampes d'estomac, etc.

22 mai. Argent 10 milliampères, renversement 10 secondes, 5 minutes.

26 mai. Même traitement.

2 juin. Même traitement.

Trois jours après, la malade a ses règles : elles sont très peu abondantes, d'une durée de trois jours. Elle part au Vésinet. A son retour du Vésinet, et au mois de juillet, elle revient à l'hôpital se faire examiner. Ses règles sont maintenant normales, elle paraît complètement guérie.

Observation III.

La nommée O..., 29 ans, est couchée lit n° 20, salle Gosselin, service de M. le Pr Reynier.

La malade a des pertes continuelles. L'on trouve une tumeur fibreuse formée de l'association de plusieurs noyaux fibreux. Le col est lui-même fibreux, et un noyau, faisant saillie à l'intérieur, le ferme presque complètement. Le diagnostic se complète par celui de métrite. Enfin, la malade est atteinte d'insuffisance urétrale, et l'on trouve des accidents cutanés syphilitiques dont la malade ne cherche pas d'ailleurs à cacher la nature.

Une opération radicale est décidée; mais dès les premières aspirations de chloroforme, la malade est prise de palpitations violentes et de suffocations telles que l'on est obligé de suspendre immédiatement la chloroformisation.

Le traitement par l'oxychlorure d'argent électrolytique est alors commencé le *28 janvier 1896*. Toutefois, comme il s'agissait de réduire autant que possible le volume des noyaux fibreux, pour mettre la malade à l'abri d'une récidive, j'y ai joint le traitement par application d'un hystéromètre en charbon avec des intensités moyennes de 25 à 30 milliampères.

28 janvier 1896. Argent 10 milliampères 5 minutes. Renversement 10 secondes.

31 janvier. Même traitement.

3 février. La malade perd du sang et ne peut pas dire si ce sont ses règles; elle ne sait plus à quelle date elles doivent venir. Tout traitement est cessé jusqu'au 8 février.

Le *8 février*, les pertes sont toujours aussi abondantes; le traitement est alors repris. Argent 10 milliampères 8 minutes, Rt. 10 secondes, intra-cervical. Il est, en effet, impossible de pénétrer dans la cavité utérine.

Le *10*, toute trace d'hémorragie a disparu.

11 février. Charbon 30 milliampères. Argent 10 milliampères 8 minutes, Rt. 10 secondes.

14 février. Charbon 35 milliampères. Argent 10 milliampères 8 minutes, Rt. 10 secondes.

11 février. Les noyaux fibreux sont très diminués de volume et la malade sort de l'hôpital. Elle vient deux fois par semaine pour continuer le traitement.

21 février. Charbon 40 milliampères. Argent, même traitement.

25 février. Charbon 50 milliampères. Argent, même traitement.

Toute trace de métrite a complètement disparu et la malade n'a plus aucune perte.

Tout traitement est alors cessé à cause de l'approche des règles. Les règles sont néanmoins en retard, la malade est renvoyée; elle ne doit revenir qu'après ses règles.

Elle ne revient que le *3 avril;* elle nous dit que ses règles ont été en retard de cinq semaines et qu'elles sont venues à la suite de fatigues. Elles ont du reste été peu abondantes.

3 avril. Charbon 30 milliampères. Argent 10 milliampères 8 minutes, Rt. 10 secondes.

7 avril. Charbon 34 milliampères. Argent, même traitement.

10 avril. Même traitement.

14 avril. Le ventre est un peu douloureux; la malade nous dit qu'elle attend ses règles. De crainte de provoquer un nouveau retard, tout traitement est cessé.

28 avril. Les règles ont duré 6 jours, normales. Argent 10 milliampères 8 minutes, Rt. 10 secondes.

1er mai. Même traitement.

5 mai. Hystéromètre en platine, 30 milliampères. Argent 7 milliampères 8 minutes, Rt. 10 secondes.

8 mai et 12 mai. Platine 30 milliampères. Argent, même traitement.

15 mai. Les règles sont normales, les noyaux fibreux sont notablement diminués. Nous donnons alors congé à la malade qui vient nous revoir de temps à autre. La dernière fois que nous l'avons revue, à la fin du mois d'août, elle était toujours en excellent état et avait beaucoup engraissé.

Observation IV.

La nommée P..., passementière, 29 ans, vient dans le service de M. le Pr Reynier, le *18 novembre 1896.*

Elle souffre du ventre depuis cinq ans. Il y a cinq ans, elle a consulté M. Siredey qui l'a traitée pour une hématocèle. A la suite de ce traitement, elle est restée dix-huit mois sans souffrir.

Souffrant de nouveau en juillet 1893, elle est allée voir M. Richelot qui lui a fait une incision du cul-de-sac postérieur : la suppuration ne s'est tarie qu'au bout de cinq mois. A la suite de cette intervention, elle parut guérie. Cependant, au mois de juillet 1896, elle recommença à souffrir et eut des hémorragies pendant et entre les époques. A l'examen, on ne trouve que de la métrite.

18 novembre. Argent 7 milliampères 4 minutes, Rt. 10 secondes ; le lendemain la malades n'a plus de pertes.

21 et 24 novembre. Même traitement.

La malade n'a plus aucune perte, la métrite est guérie.

Observation V.

M..., domestique, 27 ans, est entrée salle Gosselin, service de M. le Pr Reynier, le 29 janvier 1896.

Réglée à 15 ans. Ses règles ont toujours été accompagnées de coliques; leucorrhée abondante et continuelle. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Elle n'a été enceinte qu'une seule fois et a eu un enfant né à terme, qui est bien portant. Retour de couches au bout de deux mois.

Depuis quatre mois (septembre) les règles sont venues tous les 18 jours, et chaque fois des pertes abondantes ont eu lieu, accompagnées de caillots. Douleurs de ventre des deux côtés, mais plus aiguës du côté gauche, où l'on trouve la trompe un peu grosse. La malade a beaucoup maigri, bien que l'état général soit assez satisfaisant.

Le *12 février*, le curettage est fait sous le chloroforme et retire une grande quantité de fongosités. Lavage intra-utérin, glycérine créosotée, mèche de gaze iodoformée, tamponnement et pansement.

Malgré ce curettage, la malade, quoique améliorée, a toujours des pertes et souffre toujours du côté gauche, la trompe étant toujours dans la même situation. Le repos au lit a cependant été complet pendant un mois.

10 mars. Argent 10 milliampères 8 minutes, Rt. 10 secondes.

13 mars. Même traitement.

17 mars. Argent 10 milliampères 10 minutes, Rt. 10 secondes.

20 et 24 mars. Même traitement.

La malade quitte l'hôpital le 25 mars, et part au Vésinet complètement guérie.

Métrites et salpingites. — Observation VI. — *Métrites et gonocoques.*

La nommée G..., âgée de 27 ans, sans profession, vient dans le service de M. le Pr Reynier, le 15 mai 1896.

Elle se plaint de violentes douleurs de ventre depuis la fin du mois de février 1896, et a un écoulement verdâtre, caractéristique, très abondant. Au toucher, l'on trouve un utérus en antéflexion et très gros; le spéculum montre, en outre, des ulcérations sur le col.

Cette malade est traitée exclusivement par l'oxychlorure d'argent électrolytique.

15 mai. Argent 8 milliampères 5 minutes.

19 mai. Même traitement.

22 mai. Même traitement.

26 mai. Même traitement.

A cette époque, le traitement est cessé à cause de l'approche des règles.

La malade revient le *16 juin.* Elle est complètement guérie; aucun traitement n'est désormais nécessaire.

Observation VII. — *Métrite et ulcérations du col.*

La nommée L..., âgée de 29 ans, vient salle Gosselin, service de M. le Pr Reynier, le 15 avril 1896.

Elle n'a jamais fait de maladie grave. Réglée à 17 ans, elle a toujours été bien réglée, et n'accuse que des flueurs blanches continuelles. Il y a quatre ans, elle a fait une fausse couche de deux mois et demi. A l'âge de 20 ans, elle est accouchée à terme d'un enfant qui est mort à cinq mois et demi.

Le *5 mars*, les règles qui sont venues le matin, s'arrêtent dans le courant de la journée, à la suite d'une émotion, la nouvelle de la mort de son mari.

Le *2 avril*, les règles sont peu abondantes, et ne durent que quelques heures. La malade se plaint de douleurs de ventre, de crampes d'estomac, de maux de tête, et a des nausées et des vomissements.

L'examen ne montre qu'un écoulement de métrite avec ulcérations du col.

Elle est traitée par l'oxychlorure d'argent électrolytique du 17 avril au 12 mai, deux fois par semaine, à l'intensité de 10 milliampères pendant 5 minutes.

Après sept séances, elle a ses règles d'abondance et de durée normales.

Les *26 et 29 mai*, même traitement.

L'écoulement a complètement disparu, et le col ne présente plus qu'une petite ulcération sur laquelle le même traitement est renouvelé trois fois encore.

La malade est revue au mois de juillet, elle est complètement guérie, et a maintenant des règles normales comme durée et comme quantité.

Observation VIII.

B..., journalière, 33 ans, est entrée le *23 mars 1896*, salle Gosselin.

Réglée à 14 ans, mais irrégulièrement, elle a toujours eu une leucorrhée abondante presque continuelle. Elle n'a jamais été malade. Elle a eu cinq enfants, a fait une fausse couche de trois mois provoquée par une chute. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quatre ans, elle se plaint de douleurs dans les reins, dans le bas-ventre. Les douleurs augmentent par la marche. Seize jours avant son entrée à l'hôpital, on lui aurait enlevé un polype.

L'examen montre un col ulcéré, avec écoulement abondant par le col.

Le traitement à l'oxychlorure d'argent électrolytique est commencé le 31 mars, et continué à l'intensité de 10 milliampères pendant huit minutes les 3, 9, 14, 17, 21, 24, 28 avril, et les 1er et 8 mai.

A cette époque, la métrite est complètement guérie.

La malade revient dans le service le 21 décembre 1896. Elle est enceinte de trois mois.

Observation IX. — *Métrite et salpingite gauche.*

La nommée D..., 23 ans, vient dans le service de M. le Pr Reynier, salle Gosselin, le 15 février 1896.

Elle n'a jamais fait de maladie grave; réglée à 14 ans, elle a toujours été mal réglée, les règles étaient en outre accompagnées de douleurs. Leucorrhée abondante après les époques. Elle n'a eu qu'une grossesse, et est accouchée à terme d'un enfant qui est en bonne santé. La malade a de la constipation, et a toujours été anémique. Depuis sept mois, elle a beaucoup maigri.

Elle se plaint de douleurs dans le ventre, plus vives au moment des règles.

L'examen montre un utérus très gros, avec un écoulement de métrite et une salpingite gauche. La cavité utérine mesure, à l'hystéromètre, à peu près 10 centimètres.

20 mars. Argent 10 milliampères 5 minutes, Rt. 10 secondes.

21 mars. Même traitement. Trompe diminuée de volume.

31 mars, 5 et 14 avril. Même traitement.

Le *14 avril*, il n'y a plus trace d'écoulement, la cavité utérine est revenue à ses dimensions normales.

Observation X. — *Métrite blennorrhagique et salpingite.*

La nommée R..., 23 ans, domestique, vient salle Gosselin, service de M. le Pr Reynier, le 3 juin 1896.

Elle souffre du ventre depuis deux ans et raconte qu'elle a été traitée, il y a un an, pour une vaginite.

Diagnostic : métrite blennorrhagique avec propagation aux trompes qui sont un peu grosses.

3 juin. Argent 10 milliampères 5 minutes, Rt. 10 secondes.

La malade a ses règles trois jours après, et ne revient que le 12 juin : elles ont été normales.

12 juin. Argent 10 milliampères 5 minutes, Rt. 80 secondes.
16 juin. Même traitement.
A cette époque, toute écoulement a disparu, des ulcérations seules persistent sur le col.
26 et 29 juin. Même traitement.
La malade est complètement guérie.

Observation XI. — *Métrite et salpingite suppurée.*

La nommée D..., 22 ans, vient dans le service de M. le Pr Reynier, au mois de juin 1896.

Elle a toujours été mal réglée; elle se plaint de douleurs dans le ventre, principalement au moment des époques. Il y a deux mois, elle a ressenti des douleurs vives et subites, du côté gauche; en même temps apparurent des pertes blanches abondantes.

Etant allée consulter à l'hôpital Necker, service de M. le Pr Le Dentu, on lui a dit qu'elle avait une salpingite et que l'opération était urgente.

Elle refuse de se laisser opérer.

L'on trouve un utérus en antéversion et douloureux au toucher. L'ovaire est prolabé et la trompe recourbée du côté droit.

Du côté gauche, l'on trouve une trompe de la grosseur d'un œuf et remplie de pus.

16 juin. Argent 7 milliampères 5 minutes, Rt. 10 secondes.

A la suite de cette première séance, la malade perd du pus en assez grande abondance.

19 juin. La trompe est très réduite de volume, argent 7 milliampères 5 minutes, Rt. 10 secondes.

Le pus continue de couler, quoique en moins grande abondance.

Le même traitement est encore fait les *23*, *26* et *30 juin*, à la même intensité, et pendant cinq minutes.

A cette époque, il n'y a plus aucun écoulement et la malade, qui se croit guérie, ne revient plus, malgré nos avertissements.

Elle revient au mois d'août, souffrant encore un peu. Partant moi-même en voyage, je lui conseille de faire des irrigations chaudes qui peuvent suffire à compléter la guérison; la trompe, en effet, n'est pas très grosse et ne contient pas de pus.

Elle revient, en effet, le *1er décembre;* la salpingite est guérie; il ne reste plus que de l'antéflexion.

Observation XII. — *Métrite, ulcération du col et salpingite suppurée.*

La nommée B..., 28 ans, vient salle Gosselin, service de M. le Pr Reynier, au mois de juin 1896.

La malade souffre depuis quatre ans. Il y a cinq ans, elle a fait une fausse couche de deux mois. Depuis cette époque, elle éprouve des douleurs très vives au moment des règles. Il y a deux ans, ayant des pertes blanches abondantes, elle va à la Charité, où elle est soignée.

Elle raconte qu'elle n'a pas eu d'amélioration.

L'examen montre un utérus en antéflexion complète, avec un écoulement de métrite et une ulcération complète sur le col, une trompe un peu grosse à droite et une trompe très grosse à gauche et remplie de pus.

19 juin. Argent 7 milliampères 5 minutes, Rt. 10 secondes.

23 juin. Même traitement.

26 juin. La malade raconte que dans la soirée du 23 juin, elle a perdu, en grande abondance, du pus mélangé de sang. En effet, la trompe gauche est très réduite comme volume et paraît à peu près vide. Argent 7 milliampères 5 minutes, Rt. 10 minutes.

30 juin et 3 juillet. Même traitement.

La malade, se croyant guérie, ne revient pas malgré nos recommandations.

Elle ne revient que le *21 juillet*, après ses règles, et souffrant de nouveau.

La trompe est de nouveau remplie.

Argent 8 milliampères 5 minutes, Rt. 10 secondes.

Le soir du traitement, la malade perd en abondance du pus mélangé de sang.

Encore une fois, la malade s'absente et ne revient que le 8 août.

La trompe fut de nouveau remplie; le traitement est repris.

8 août. Argent 8 milliampères 5 minutes, Rt. 10 minutes.

Le soir la trompe se vide pour la troisième fois d'un mélange de pus et de sang.

11 et 14 août. Même traitement.

Partant moi-même en voyage, je conseille à la malade de faire des irrigations chaudes qui suffiront peut-être à compléter la guérison : je lui donne rendez-vous au mois d'octobre. Je ne l'ai pas revue.

Cette observation, quelque incomplète qu'elle soit, est cependant très instructive. C'est pourquoi j'ai cru devoir la donner. J'y reviendrai tout à l'heure.

Telles sont les observations que M. Boisseau du Rocher nous a présentées, et qui sont, comme vous le voyez, très encourageantes.

Elles nous montrent, comme il le dit dans ses conclusions, qu'au moyen de l'électrolyse à l'argent on peut arrêter des métrorragies, liées à des tumeurs fibreuses, à des congestions utérines, à des fongosités persistant après l'accouchement, ou quelquefois après un curettage insuffisant.

L'action décongestionnante, qui se manifeste par la diminution de la tumeur, persiste longtemps encore après l'intervention. Aussi M. Boisseau du Rocher fait-il remarquer, en passant, que chez une femme jeune on doit éviter de pratiquer l'électrolyse trop près des règles; en le faisant, on risque de produire des retards considérables qui obligent d'arrêter le traitement.

Avec l'électrolyse d'argent, par le fait de la production de l'oxychlorure d'argent, on arrive également dans des utérus infectés à tarir les sécrétions purulentes et, dans quelques cas sous l'influence du courant électrique, on peut voir les trompes se vider. Les dernières observations de M. Boisseau du Rocher le prouvent d'une façon péremptoire.

Après avoir pendant un an expérimenté ce traitement dans mon service, je me crois donc autorisé à le recommander.

Toutefois, je ne saurais souscrire aux conclusions trop optimistes et trop radicales de M. Boisseau du Rocher.

Pour lui, c'est le traitement de choix de toutes les métrites; pour un peu il le regarderait également comme le traitement des salpingites.

Il est difficile de souscrire à des conclusions si absolues, et, tout en recommandant le traitement à l'électrolyse, je considère que, comme tout traitement, il a ses indications et ses contre-indications.

Dans les cas d'hémorragies utérines, toutes les hémorragies sont-elles justiciables de ce traitement? Evidemment non.

Les effets de l'électrolyse à l'argent sont lents à se produire; bien que M. Boisseau du Rocher nous dise qu'ils sont rapides, ce n'est qu'après trois ou quatre séances. Une femme qui a des pertes considérables, qui a des débris placentaires qui l'infectent n'est donc pas justiciable de ce traitement.

Le curettage, ce moyen merveilleux que nous avons à notre disposition pour arrêter les pertes en pareil cas, ne saurait être supplanté par aucun autre traitement.

Avec un curettage bien fait, vous vous débarrasserez bien plus sûrement et plus vite des fongosités qui saignent et qui risquent toujours de s'infecter ultérieurement.

L'électrolyse à l'argent doit être réservée, comme je l'ai fait, à ces métrorragies qui surviennent quelquefois après l'ablation des annexes et qui sont dues à des congestions trop fortes portant sur un utérus qui avait au moment de l'ablation des annexes déjà un peu de métrite.

Dans ces cas, le curettage me paraît moins bon, car il risque de supprimer complètement les règles, dont les femmes, quand elles ont le bonheur de les avoir, bénéficient grandement. La possibilité d'avoir encore ses règles après la laparotomie, surtout quand on a le soin de faire porter sa ligature sur la queue de l'ovaire, est, soit dit en passant, encore un fait qui plaide en faveur de la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie.

L'électrolyse est encore utile chez les femmes qui, à la suite de curettage, comme dans l'observation de M. Boisseau du Rocher, perdent encore, probablement parce que dans ces cas — je parle des cas où le curettage a été bien fait — l'utérus est très vasculaire, comme l'a montré M. Quénu.

L'électrolyse sera enfin recommandable dans les utérus fibromateux, pas encore très développés, utérus pour lesquels on hésite à proposer une intervention radicale, qui d'ailleurs n'est pas généralement acceptée ou qui peut, comme dans une des observations de M. Boisseau du Rocher, paraître dangereuse.

Dans les fibromes, je n'ai pas besoin d'insister ici longuement sur ce point. Si pour un électricien expert comme M. Boisseau du Rocher, l'électricité paraît le traitement de choix, pour un chirurgien l'électricité, même sous forme d'électrolyse à l'argent, devient plus discutable, et je crois que mes collègues pensent comme moi; en cas de fibrome, l'intervention chirurgicale s'impose à l'heure actuelle de plus en plus.

J'arrive maintenant aux utérus infectés. Ici ce n'est pas avec le curettage que nous comparerons l'électrolyse. Depuis longtemps ma conviction est faite. Autant le curettage est excellent dans les cas de métrites hémorragiques, autant je le condamne dans les utérus infectés. Je profite de l'occasion pour dire ici franchement ce que je pense de ces coups de curette, qu'on donne à l'heure actuelle de façon si aveugle, pour soigner toute inflammation utérine. Le beau temps du curettage doit cesser, pour faire place à un traitement plus rationnel.

Gratter un utérus infecté, c'est aussi absurde que gratter une plaie couverte de pus.

Avec la curette, vous faites une plaie dans un milieu infecté, vous ouvrez des lymphatiques, vous mettez à découvert des voies absorbantes et quand vous avez enlevé la muqueuse, il reste au-dessous les lymphatiques, les culs-de-sac glandulaires qui sont infectés et qui restent infectés.

Aussi n'est-il pas surprenant de voir que non seulement avec les curettages on ne guérit pas les métrites, mais qu'on augmente le mal, et que d'utérines les lésions deviennent péri-utérines, qu'à la métrite la salpingite succède.

La quantité de femmes auxquelles nous enlevons des annexes six mois après un curettage sont là pour prouver la véracité de ce que j'avance.

Aussi n'est-ce pas avec le curettage que je comparerai l'électrolyse à l'argent; elle aurait, comme le fait remarquer M. Boisseau du Rocher, trop de facilité à l'emporter. Si le curettage est dangereux, l'électrolyse à l'argent ne l'est pas.

Mais ce sera avec la simple dilatation, les pansements intra-utérins, les cautérisations légères à la créosote, les lavages répétés, qui peuvent tarir des suppurations abondantes, bien plus sûrement que l'électrolyse.

M. Boisseau du Rocher ne nous montre que les guérisons; à côté je parlerai de cas où l'électrolyse à l'argent m'a paru échouer. M. Boisseau du Rocher me dira que je n'ai pas été assez patient; en effet, après cinq à six séances, voyant que l'écoulement persistait, j'ai renoncé à l'électrolyse. Mais, dans ces cas, il y avait une sécrétion abondante de pus; j'avais affaire à des métrites gonorrhéiques quelquefois si tenaces, chez lesquelles la muqueuse est recouverte d'une épaisse couche de pus, qui empêche l'action de l'électrolyse sur la muqueuse. Je crois donc que dans ces cas l'électrolyse à l'argent ne saurait être conseillée; il vaut mieux de suite avoir recours à la dilatation, aux pansements répétés et aux drainages.

Où l'électrolyse à l'argent m'a paru surtout efficace, c'est contre ces utérus encore en subinvolution, légèrement infectés, dont l'infection persiste parce qu'elle se trouve sur un terrain spécial, irrigué par des vaisseaux dilatés, se contractant mal, où le système veineux est développé. Pour ces utérus mollasses, variqueux, à muqueuse friable, l'électrolyse à l'argent rend de grands services, car, d'une part, le courant fait contracter cet utérus, redonne de la tonicité à la fibre utérine; d'autre part, la formation du sel d'argent agit comme désinfectant, pénètre dans les glandules et modifie la surface utérine, comme je l'ai déjà dit plus haut, comme tout sel d'argent pourrait le faire.

De même l'électrolyse à l'argent agit à la fin des métrites gonococciennes, lorsqu'on n'a plus que la mèche, qu'une sécrétion très atténuée. Dans ce cas, l'électrolyse à l'argent peut agir efficacement sur la muqueuse.

J'ai vu également de bons résultats dans ces métrites catarrhales du col, si tenaces, si rebelles, qui, dans deux cas, m'ont paru guéries, ou tout au moins très améliorées.

Dans tous ces cas, qui sont des cas de métrite légère, où les femmes ont de la répugnance à conserver le repos au lit, et où on essayait si inutilement des tampons glycérinés, l'électrolyse à l'argent devient un traitement précieux, car il permet à la femme de vaquer à ses occupations, en même temps qu'on la traite efficacement.

Quant à l'action de l'électrolyse à l'argent sur les salpingites, on ne saurait trop se fier à ces évacuations de liquide, indéniables, signalées par M. Boisseau du Rocher; le plus souvent la trompe se remplit de nouveau et on doit traiter plus tard plus sérieusement l'annexe.

En tout cas, ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on voit l'électrolyse amener cette évacuation, et là l'action de l'argent n'est pour rien. Le fait, cependant, est bon à signaler, car il peut dans quelques cas être utilisé.

En résumé, M. Boisseau du Rocher nous a fait connaître un mode de traitement facile, sans danger, commode pour les malades, qui ne peuvent se condamner au lit pour se faire soigner, et qui, dans certaines métrites, peut rendre de grands services.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 avril 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. Weber rappelle qu'a l'Académie de médecine, séance du 20 avril, M. Glénard a insisté sur *les rapports qui unissent l'entéro-colite muco-membraneuse et la splanchnoptose*, d'où l'indication primordiale de remédier aux ptoses diverses que peuvent présenter les malades avant de songer à combattre l'entéro-colite. Cette question a déjà été débattue en 1894 à la Société de thérapeutique : M. Weber avait en effet présenté à cette époque une observation d'entéro-colite coïncidant avec l'existence d'un rein flottant : la néphrorraphie qui remédia aux douleurs dues à la mobilité rénale fit disparaître en même temps et sans traitement local, les troubles intestinaux. M. Dujardin-Beaumetz supposa, dans le cours de la discussion qui suivit la lecture de ce travail, que la suggestion seule avait agi dans ce cas particulier; mais ayant ensuite examiné la malade, il revint à la séance suivante sur ce sujet pour déclarer que son hypothèse n'avait pas résisté à un examen minutieux des faits. L'orateur recommanda tout spécialement l'étude de ce côté de la question à ses collègues. M. Weber pense qu'il n'est pas inutile d'établir que les rapports de la maladie de Glénard et de l'entéro-colite ont fait, il y a plusieurs années déjà, le sujet d'une discussion à la Société de thérapeutique.

M. Bardet lit une note de M. Laval (de Sainte-Ménehould) sur *un cas d'intoxication par le jaborandi*. Il s'agit d'une femme atteinte d'iritis chronique, à laquelle on prescrivit une infusion de 2 grammes de jaborandi, à prendre dans la journée, dans le but de provoquer une transpiration et une salivation abondantes. Cette dose ne produisit aucun effet; une dose de 4 grammes, donnée le lendemain, ne réussit pas davantage à amener une sudation. Le troisième jour, la malade ayant fait chercher les feuilles de jaborandi chez un autre pharmacien, présenta une crise de sueur très marquée après ingestion de l'infusion : ayant continué les quatrième, cinquième et sixième jours la médication, l'effet resta la même, mais se compliqua en outre d'accidents de nature spéciale. La malade se plaignit de palpitations, de nausées, d'anorexie et d'une sensation fort pénible de corps étranger dans la gorge et de constriction de la région thoracique. L'examen de la gorge montra qu'elle était sèche et rouge. Les accidents présentèrent ce caractère particulier qu'ils ne cédèrent qu'au bout de deux mois environ.

M. Laval conclut de cette observation qu'il est toujours préférable de recourir aux injections de pilocarpine quand on veut intervenir dans les cas de ce genre : la teneur en pilocarpine des feuilles de jaborandi varie en effet pour une foule de raisons. Il est en outre intéressant de constater qu'une intoxication aiguë par le jaborandi a pu donner naissance à des troubles présentant un caractère chronique.

M. Bardet conseille aussi de s'en tenir à l'administration de la pilocarpine, pour les raisons ci-dessus énoncées.

M. Bardet donne lecture d'une note de M. Robinson concernant un cas d'*hyperthermie prétuberculeuse rebelle aux antithermiques*. La jeune femme qui fait l'objet de cette observation présenta brusquement une fièvre de 40°, avec agitation et respiration difficile. L'administration d'antipyrine, aux doses quotidiennes de 3 à 6 grammes (50 centigrammes toutes les heures ou toutes les deux heures), ne produisit aucun résultat; les badigeonnages de gaïacol, essayés ensuite, n'eurent pas plus de succès. La malade finit par présenter des craquements aux sommets des poumons, et mourut plus tard de tuberculose classique.

M. Bardet fait remarquer à ce propos, qu'il lui paraît invraisemblable que l'antipyrine, qui agit avec tant d'énergie chez les malades hyperthermiques, n'ait produit aucun effet aux doses prescrites. Il y a sans doute lieu de supposer qu'à Constantinople, où réside M. Robinson, l'antipyrine qu'on peut se procurer dans les pharmacies ne représente guère le même produit que celui dont on se sert en France. L'orateur constate que des faits de ce genre ne s'observent que trop souvent dans les pays étrangers éloignés : il a eu tout dernièrement, par exemple, l'occasion d'analyser du chlorhydrate de quinine provenant de Madagascar, qui ne contenait que de la cinchonine.

M. Josias, à propos des badigeonnages de gaïacol, a souvent constaté, à l'hôpital Trousseau, que des doses de 1 à 2 grammes, appliquées sur la peau des enfants fiévreux de son service, avec toutes les précautions indiquées par les auteurs, ne provoquaient aucun abaissement de température.

M. Crinon suppose que dans les cas cités par M. Josias, il s'agissait de gaïacol mélangé de glycérine : dans ce cas, l'action n'est qu'analgésique et non antithermique.

M. Linossier a toujours observé des abaissements de température avec le gaïacol pur, à condition que les malades présentassent de la fièvre. Cet abaissement peut aller jusqu'à l'algidité : aussi les doses de 10 à 20 grammes préconisées par Sciolla, dépassent-elles de beaucoup la dose inoffensive, qui est de 4 à 5 grammes.

M. Huchard présente à la Société la thèse de M. Charles Legendre, intitulée : *Le Pyramidon*. Il s'agit du *phényldiméthylamidopyrazolone*, expérimenté par Filehne (de Breslau) qui en envoya une certaine quantité à M. Huchard. Les expériences ont porte sur vingt-quatre malades, et ont démontré qu'il ne faut pas dépasser des doses de 25 à 30 centigrammes, deux à quatre fois par jour. Les effets antithermiques et analgésiques sont les mêmes que ceux qu'on observe avec l'emploi de l'antipyrine; comme cette dernière, le pyramidon doit être très prudemment manié quand on veut traiter des malades présentant de l'insuffisance rénale, car ces substances tendent alors à augmenter les accidents provenant d'un défaut d'élimination des déchets.

M. Bardet donne lecture de deux notes de M. Thomas (de Genève). La première a pour sujet le *traitement de la dyspepsie gastro-intestinale des enfants du premier âge*. Il faut surtout surveiller l'alimentation, souvent irrégulière et trop abondante. Les différents antiseptiques, le salol surtout, sont plutôt nuisibles. Le lavage de l'estomac ne donne pas non plus de bons résultats. Le traitement préconisé par M. Thomas est le suivant : le premier jour, le matin à jeun, l'enfant reçoit, suivant l'âge, une dose de 1 à 3 centigrammes de calomel : le même traitement est répété le lendemain. Le troisième jour, on donne une solution d'acide chlorhydrique (8 gouttes pour 100 grammes d'eau distillée, une cuillerée à café quatre à cinq fois par jour après le repas). Ce traitement suffit dans la grande majorité des cas ; quelquefois cependant, les accidents ne cèdent pas ; on donnera dans ce cas du benzo-naphtol associé au bismuth, *mais jamais d'opium*.

La durée des cinquante-trois cas traités ainsi a varié de dix à quinze jours; on observa un seul cas de mort.

La seconde note de M. Thomas est intitulée : *Syphilis tertiaire du foie et de la rate. Traitement spécifique*. La localisation de la syphilis sur ces deux organes en même temps est à la fois grave et très rare : le cas de M. Thomas concerne un homme de 56 ans, atteint de chancre spécifique trente-cinq ans auparavant, et présentant au moment de l'examen une hypertrophie considérable du foie et de la rate avec polyurie, amaigrissement, troubles dyspeptiques rebelles. Le traitement institué fut le suivant : 2 grammes d'onguent napolitain en friction tous les jours et 4 grammes d'iodure de potassium. Au bout de quatre mois, l'iodure seul est administré (6 grammes par jour). Le foie et la rate, considérablement diminués à la fin du traitement, ont retrouvé leurs fonctions normales.

M. Josias, à propos de la première note de M. Thomas, fait remarquer que les repas irréguliers, l'emploi du biberon, constituent les causes les plus importantes de la gastro-entérite infantile. On arrivera le plus souvent à guérir les enfants sans médication, uniquement en réglant minutieusement les heures des prises de lait (tétée de cinq à dix minutes toutes les deux heures).

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Traitement de la maladie de Graves par l'emploi du thymus, par HECTOR MACKENZIE. (*American Journal of medical Science*, février 1897.) — L'auteur rapporte quinze observations de goitre exophtalmique traité par l'ingestion de préparations de thymus qu'il a retrouvées dans la littérature médicale. Il fait remarquer que dans tous les cas la médication fut suivie d'amélioration notable. L'auteur y joint vingt observations personnelles. Sur ces vingt cas il y eut une mort et six n'ont présenté aucune amélioration. Pour décider si cette médication est vraiment spécifique de la maladie de Graves, l'auteur compare ces vingt observations avec un même nombre de malades traités par d'autres méthodes.

Le symptôme le plus rebelle à toute médication est, suivant l'auteur, la rapidité du pouls. On commet souvent l'erreur de considérer la diminution dans la fréquence du pouls occasionnée par le repos, comme un résultat du remède. Mackenzie a su éviter cet écueil. Dans douze cas il n'y eut aucune action sur le pouls. Dans six il y eut diminution, mais peu marquée. Dans les observations comparatives des autres traitements on observe les mêmes variations. Il semble donc que l'action du médicament sur le cœur est nulle.

Les doses de thymus administrées variaient depuis quelques onces à 10 et 15 grains par jour. Les cas traités par de fortes doses n'ont pas semblé s'améliorer plus que ceux traités par de petites doses.

Il faut remarquer, point important, que les cas les mieux améliorés sont ceux dans lesquels on a employé du thymus de mouton.

Ces faits semblent en opposition avec les observations des autres auteurs qui, presque tous ont employé du thymus de veau.

En résumé, Mackenzie considère que le thymus ne possède aucune action spécifique vis-à-vis de la maladie de Graves.

A. CHASSEVANT.

Quelques remarques à propos du traitement de la chlorose. (*Therap. Monatshefte*, avril 1897.) — KLEIN (de Varsovie) considère que la chlorose demande, pour être guérie, une attention beaucoup plus grande de la part du médecin qu'on ne le suppose d'ordinaire. Des récidives fréquentes tiennent à ce qu'on cesse trop tôt le traitement : il est indispensable de procéder tous les quinze jours environ à un examen du sang, et de ne suspendre la médication que lorsque la teneur en hémoglobine est devenue normale.

Le choix de la préparation ferrugineuse est indifférent pour ainsi dire, il faut surtout tenir à un dosage exact de la quantité de fer ingérée par jour. Pour l'auteur, cette dose de fer métallique, calculée à part pour chacune des préparations choisies, doit atteindre environ 45 centigrammes. Les préparations inorganiques, les dernières venues, ne paraissent pas présenter d'avantages spéciaux.

L'alimentation ne joue qu'un rôle secondaire dans le traitement de la chlorose : quant au repos absolu au lit, il ne faut pas en espérer de grands avantages, même dans les cas graves : l'auteur cite à cet égard une observation, concernant une malade soumise à ce régime et qui ne commença à aller un peu mieux qu'à partir du moment où on lui permit quelques promenades en plein air. En tout cas, on ne peut généraliser dans la question du *dosage* du repos et de l'activité musculaire chez ces malades, car il existe des différences individuelles considérables. On observe même des cas qui guérissent, bien que la malade continue à se livrer à des occupations pénibles en cours de traitement.

En résumé, l'examen fréquent du sang, que

les malades acceptent facilement, l'administration de préparations ferrugineuses (de préférence pilules de Blaud, qui semblent donner la plus grande proportion de succès rapides) et une individualisation raisonnée en ce qui concerne la nourriture, la somme de travail permise, telles sont les règles dont le clinicien ne doit pas se départir s'il veut arriver à considérer la chlorose comme une maladie essentiellement curable.

E. Vogt.

Hémiplégie rapide apparaissant au cours d'un empoisonnement saturnin aigu, par Da Costa. (*American Journal of medical Sciences*, février 1897.) — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 35 ans qui en pleine santé a été prise d'hémiplégie, trois jours après avoir habité une chambre fraîchement peinte. Le premier jour elle eut des douleurs de tête et le troisième jour la paralysie apparut précédée de quelques troubles de la sensibilité. Ce cas semble intéressant à noter à cause de la rapidité avec laquelle les accidents se sont succédé.

A. Chassevant.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Discussion sur l'origine et le traitement de l'appendicite. (*Académie de médecine*, séances des 16 et 23 mars, 6 et 20 avril 1897. — L'étude de l'appendicite, dont nous avons donné récemment une revue complète (1) vient d'entrer dans une phase nouvelle. Aurons-nous décidément une *typhlo-appendicite*, comme il nous paraît juste de l'admettre, ou faudra-t-il séparer irrévocablement l'*appendicite* de la *typhlite*, *péritypnlite et entéro-colite*, tout en admettant des coïncidences, au lieu de rapports de cause à effet? Les opinions les plus intransigeantes sont en présence, en ce qui concerne cette double origine et comme conséquence inévitable, la thérapeutique doit demeurer incertaine, du moins au point de vue du traitement médical. L'intervention chirurgicale tirant des indications très précises des signes cliniques, ainsi que nous l'avons montré, nous jugeons qu'elle peut se désintéresser jusqu'à un certain point de ces querelles scientifiques.

M. L. Championnière persiste à ne pas vouloir désunir la typhlite et l'appendicite. Ce sont des localisations différentes du même mal et la cause première réside dans l'encombrement stercoral. D'où la fréquence de l'appendicite à une époque où l'usage du purgatif périodique s'est à peu près perdu. L'exercice et le mouvement (bicyclisme), non seulement n'y prédisposeraient pas, mais seraient à conseiller formellement. Comme autre conséquence de cette manière de voir, les médecins qui administrent l'opium au début des accidents aggravent plutôt le mal : c'est aux *purgatifs* qu'il convient d'avoir recours.

Quant à la pathogénie de l'appendicite, la communication de M. Reclus sur les rapports de l'*entéro-colite* avec l'inflammation de l'appendice, basée sur une observation récente (un cas de typhlo-appendicite par lavement de sublimé) a été l'origine d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Dieulafoy, Potain et Glénard.

M. Dieulafoy nie d'une façon formelle que la typhlite puisse résulter d'une entéro-colite membraneuse. Il apporte un grand nombre de cas de cette dernière maladie, où la complication d'appendicite n'a jamais été notée. Par contre, chez les malades atteints d'appendicite vraie, on n'a pas trouvé d'entéro-colite dans les antécédents. M. Potain confirme cette opinion. A Plombières, où sont traitées de nombreuses entéro-colites, on n'a pas opéré d'appendicite depuis vingt-cinq ans. M. Dieulafoy ne nie pas les coïncidences, chez les goutteux, mais il tient à affirmer l'indépendance de l'appendicite, laquelle dépend de l'occlusion de l'orifice intestinal de l'appendice.

M. Reclus soutient de son côté qu'il y a une affinité très étroite entre ces deux affections, car il a constaté fréquemment des crises appendiculaires chez des malades atteints d'entéro-colite ou de lithiase intestinale. D'autres observations publiées récemment confirment les siennes. Il conclut en maintenant que l'hypothèse du « vase clos » est insuffisante et qu'il faut reconnaître : 1° des appendicites par corps étrangers (une fois sur quatre); 2° par inflammation de voisinage (entéro-colite, lithiase intestinale); 3° par état général infectieux.

M. F. Glénard émet une théorie confuse sur les rapports de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite elle-même avec l'entéroptose. Il en déduit que le traitement de l'entéroptose est le moyen le plus efficace de guérir l'entéro-colite membraneuse.

Aug. Benoit.

(1) *Revue de thérapeutique*, numéro du 1er février 1897.

Bactériologie de l'appendicite suppurée, par ACHARD et BROCA. (*Société méd. des hôp.*, 26 mars 1897.) — Après avoir examiné le pus de foyers d'appendicite, dans vingt cas, les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : trois espèces y prédominent : le *coli-bacille*, qui prédomine, était dans son élément ; le *streptocoque* qui semble l'aider dans la production des complications péritonéales ; le *pneumocoque*, micro-organisme dont la résistance est connue et qui semble y jouer un rôle accessoire. Il est à noter que le coli-bacille peut faire défaut dans des cas terminés par perforation cependant.

AUG. BENOIT.

Appendicite à forme pelvienne, par DORMOY. (*Thèse*, Lyon, 1897.) — Les localisations de l'appendicite suppurée dans le petit bassin n'avaient pas encore fait l'objet d'une étude spéciale. Elles sont pourtant fréquentes, étant donnée la situation fréquente de l'appendice dans le petit bassin. C'est à cette circonstance qu'est due la *forme pelvienne*, dans laquelle, chez la femme, l'abcès vient saillir dans le *cul-de-sac postérieur* et le *cul-de-sac latéral droit* où on peut faire les contre ouvertures nécessaires. Il ne faut donc jamais négliger le toucher rectal et vaginal, même quand il y a des signes marqués du côté de la fosse iliaque. L'ouverture ischio-rectale est parfois nécessaire. La mort est survenue dans un cas où une collection prérectale avait été méconnue. On doit également drainer largement.

AUG. BENOIT.

Appendicite grippale ; traitement de l'appendicite ; médication, par MERKLEN et RENDU. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 mars 1897.) — M. Merklen opine pour l'existence d'une *appendicite grippale*, qu'il a observée dans trois cas. L'explication s'en trouve dans l'exaltation de virulence des germes contenus dans l'intestin à l'état normal sous l'influence de la maladie générale. Cette appendicite ne diffère pas de l'appendicite commune ; elle n'a pas de caractères cliniques propres et comporte les mêmes indications thérapeutiques. M. Rendu croit que l'appendicite peut débuter par des phénomènes généraux qu'il ne faut pas confondre avec la grippe, en temps d'épidémie. Il est d'ailleurs d'accord avec M. Merklen pour faire opérer les malades après une simple rechute, surtout dans l'appendicite nettement familiale. Quant au moment, si l'on s'en rapporte à son expérience, il en ressort une indication qui appelle de nouvelles et sérieuses recherches statistiques : « Toutes les fois, dit-il, que j'ai fait opérer un malade à froid, il a guéri ; inversement, tous les cas que j'ai fait opérer d'urgence se sont terminés par la mort. »

L'intervention opératoire est donc loin d'être entièrement bénigne, comme on le prétend avec exagération, et il faut savoir choisir son moment.

AUG. BENOIT.

De l'exclusion unilatérale et totale de l'intestin dans le traitement des fistules fécales, par S. KAMMERER. (In *Med. Record*, New-York, 20 février 1897.) — Dans une longue étude originale, l'auteur fait connaître un procédé qu'il pense avoir été seul à employer jusqu'ici pour les fistules fécales de la région du cæcum. C'est celui qui consiste à exclure du trajet intestinal l'anse iléo-cæcale, en sectionnant son extrémité inférieure et laissant la supérieure en communication avec le reste de l'intestin, sur lequel on vient faire l'abouchement *par implantation* du bout supérieur de l'iléon sectionné. Par ce moyen, qui est pour lui l'*exclusion unilatérale*, peu de sutures à effectuer, on évite la résection et l'on peut compter sur l'atrophie de l'anse exclue, avec guérison de la fistule qu'elle porte. Les matières intestinales ne s'accumulent pas, comme on l'a craint, dans le cul-de-sac cæcal, car elles remontent par les mouvements péristaltiques. Le lieu d'élection de l'implantation de l'iléon sur le gros intestin est le milieu du côlon transverse. En le choisissant, on conserve la plus longue partie possible du trajet nécessaire au tassement des matières et on prévient l'évacuation à l'état liquide, qui est la conséquence d'un abouchement dans un point situé plus bas. Ce chirurgien déclare que le bouton de Murphy est merveilleux pour réaliser rapidement cette implantation latérale. Que si la fistule persiste cependant, on en a vu des exemples, il faut alors intervenir de nouveau, mais la résection ne sera pas indispensable et l'on se contentera, dans ces cas rebelles, de séparer le côlon transverse en deçà de l'implantation latérale, c'est-à-dire de faire de l'exclusion unilatérale, *une exclusion bilatérale ou totale*.

Une remarque : tandis que M. Heydenreich, dans un récent travail (1), appelle exclusion totale la séparation d'une anse, sans résection et sans laisser persister de fistule à l'extérieur, et exclusion partielle, l'exclusion avec abouchement de l'anse exclue à la paroi abdominale, il nous paraît plus logique d'adopter les termes dont se sert le chirurgien américain auteur du travail dont il s'agit : selon lui, l'exclusion est toujours *totale ou bilatérale* lorsqu'une partie de l'intestin est séparée du reste, quel que soit le traitement que l'on fait subir à cette anse.

(1) *Semaine médicale*, 10 février 1897.

Elle est au contraire *partielle ou unilatérale*, lorsque l'anse, sectionnée à l'un de ses bouts seulement, demeure en communication avec le reste de l'intestin.

AUG. BENOIT.

Etiologie et traitement des hémorroïdes. (*Deutsche med. Zeitung*, 14 février 1897.) — ALTSCHUL insiste tout spécialement sur l'étiologie pléthorique, provenant d'abus des liquides quels qu'ils soient, chez les prédisposés. L'auteur incrimine en outre les asperges, les alcooliques, le café, beaucoup plus que le thé.

Les indications thérapeutiques découlent de ces prémisses : régime sévère, éviter l'excès de liquide, faire beaucoup d'exercice, prendre des bains de vapeur.

L'issue des bourrelets hémorroïdaires doit être combattue : la malade savonnera un peu la région et replacera les bourrelets avec le doigt. Les hémorragies sont justiciables de l'administration de baies de myrtilles cuites (remède populaire efficace qui constitue en même temps un dessert agréable). Les myrtilles modifient aussi très favorablement la sécrétion gênante qui humecte la région péri-anale chez beaucoup de malades.

On retire aussi d'excellents effets en employant des suppositoires à base de bismuth iodorésorcinesulfonique, nouvelle préparation connue sous le nom caractéristique d'*anusol!*

E. VOGT.

Sur la gastro-entérostomie, par GROSS (de Nancy). (*Revue médicale de l'Est*, 1er mars 1897.) — M. Gross vient de faire une communication sur la *gastro-entérostomie*, récemment étudiée par M. Ch. Weiss, en apportant ses cas personnels. Son but est de chercher à déterminer quelle est des trois méthodes actuelles la plus sûre, celle qui abaisse le plus la mortalité, encore assez considérable. La *méthode des sutures* est celle qui rend le choc opératoire le plus dangereux, puisqu'elle est de toutes la plus lente, au point de vue de l'acte opératoire. Aussi doit-on pencher aujourd'hui vers les procédés rapides qui sont : le *bouton anastomotique* et le procédé proposé par M. Souligoux, ou la suture après cautérisation sans ouverture immédiate des parois mises au contact. L'auteur renouvelle les critiques que nous avons ici déjà plusieurs fois exposées au sujet de l'absence de réunion reprochée parfois justement au bouton de Murphy et à la difficulté de son expulsion. Il faut reconnaître cependant que l'on évite par ce moyen les rétrécissements consécutifs de l'ouverture que l'on vient de créer, lesquels succèdent parfois, comme on sait, à la suture. La méthode de Souligoux n'est pas passible de ces reproches, elle est fort rapide et il suffit, selon l'auteur, de remplacer la pastille de potasse employée par Souligoux par un crayon de cette substance, pour éviter une cautérisation trop étendue mettant en péril les sutures.

M. Heydenreich conseille à son tour l'emploi systématique de la torsion de l'anse comprise entre le pylore et l'anastomose, procédé dû à Woelfler, en Allemagne, pour éviter la production du cours rétrograde des matières. Il redoute, quant au procédé de Soulignoux, que le sphacèle des parois soit nul ou insuffisant, et d'autre part, se produisit-il dans les quarante-huit heures, il n'en est pas moins vrai que le malade ne peut être alimenté suffisamment tôt, ce qui a fait perdre un malade à M. Monod (de Paris). Le bouton de Murphy, malgré ses désavantages, évite ces retards, en assurant la communication immédiate. M. Th. Weiss affirme que le broiement des parois résulte nécessairement de l'emploi de l'appareil de M. Souligoux. La région comprimée doit d'ailleurs noircir sous l'influence de la potasse caustique, pour que l'on puisse compter sur le sphacèle. C'est l'application du principe de l'entéro-anastomose entre deux anses voisines suspectes de sphacèle et que l'on accole par la suture. Les chirurgiens sont unanimes à reconnaître que l'obstruction aiguë est une contre-indication formelle de ce dernier procédé.

AUG. BENOIT.

Des compresses au bicarbonate de soude dans les suppurations. (*Wratsch*, n° 6, 1897.) — GUEORGUIYEWSKY recommande des compresses trempées dans une solution de bicarbonate de soude à 2/100 dans les suppurations cutanées. Mais, pour que le résultat obtenu soit satisfaisant, il est indispensable que la solution bicarbonatée vienne directement en contact avec les tissus enflammés. Il en résulte donc que les compresses ne seront appliquées que lorsque le foyer suppuré sera ouvert et le pus exprimé doucement mais aussi complètement que possible. L'action de ces compresses dans le phlegmon localisé ou diffus est tout à fait remarquable d'après l'auteur ; il rapporte deux cas qui confirment sa manière de voir.

B. TAFT.

De l'action de l'extrait du chélidonium majus dans le cancer. (*Medecinskoïe Obosrenïe.*) — POTEINENKO confirme la série des auteurs qui cherchent à élucider la question de l'action de l'extrait de chélidonium sur le cancer. En se basant sur six observations, il formule les conclusions suivantes :

1° Il est possible que l'extrait de chélidonium contienne une substance qui détruit la néoformation. Dans ce cas il est indispensable avant tout d'isoler cette substance et d'expérimenter son action sur l'anthrax. Cela revient à dire que des recherches expérimentales s'imposent.

2° Dans le cancer du tégument cutané l'extrait de chélidonium agit évidemment sur la néoformation.

3° Mais dans le cancer des viscères, de l'estomac par exemple, l'extrait de chélidonium ne fait qu'améliorer les fonctions du tube digestif sans exercer aucune action sur les tumeurs cancéreuses.

4° Il est permis de traiter avec l'extrait de chélidonium les cas désespérés au point de vue chirurgical; mais toutes les fois qu'il sera possible d'enlever la tumeur au bistouri il faudra le faire sans perdre de temps.

B. Taft.

Traitement de tumeurs malignes par un mélange de toxines, par Hugues Reid Davies. (*Lancet*, 13 février 1897.) — L'auteur rapporte l'observation d'une malade atteinte d'une tumeur maligne du sein droit qui a refusé l'ablation et chez laquelle il a tenté le traitement proposé par le Dr Coley qui prépare lui-même les toxines sous le nom de *Coley's fluid*. Dans ce cas de carcinome l'action du traitement fut nulle. Des réactions terribles et alarmantes ont suivi chaque injection, et à la fin un eczéma est venu recouvrir la peau avoisinante. Ces accidents ont fait interrompre le traitement.

A. Chassevant.

Emploi du fil de bronze d'aluminium pour les sutures. (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1er avril 1897.) — Haegler-Passavant constate que les fils métalliques utilisés jusqu'à ce jour présentent quelques inconvénients, aussi le Pr Socin (de Bâle) a-t-il adopté un fil composé de 95 parties de cuivre et de 5 d'aluminium, épais de 0mil,22, qui est aussi facile à manier qu'un fil de plomb, et aussi résistant qu'un fil d'argent, car il supporte sans se rompre un poids de 3 kilogrammes.

Le fil étant extrêmement fin, on peut se servir d'aiguilles à très petits œillets : on peut faire très rapidement et sans aucune difficulté les nœuds. Les sutures n'irritent pour ainsi dire presque pas les tissus.

Les essais bactériologiques ont été fort satisfaisants : la valeur antiseptique du fil nouveau a été aussi recherchée. Les fils en expérience (platine, or, argent, bronze d'aluminium, laiton et acier) préalablement dégraissés à l'éther, furent recouverts de germes pathogènes et placés dans des bouillons de culture.

Les cultures de staphylocoques dorés furent stérilisées par le platine, l'or, l'argent et l'acier en quinze jours, par le laiton en cinq jours et par le bronze d'aluminium en moins de trois jours. Pour le pus, les chiffres respectifs furent trente-deux pour le platine, vingt-quatre pour l'argent, seize pour le bronze d'aluminium, trente-deux pour le laiton. L'or et l'acier ne parviennent pas à stériliser les cultures en trente-deux jours.

E. Vogt.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

La dysenterie et son traitement, par John Maberly. (*Lancet*, 6 février 1897.) — L'auteur, après avoir fait un rapide historique de la dysenterie et du traitement classique employé aux Indes (ipéca à la dose de 20 à 30 grains), rapporte ses observations personnelles sur cette maladie dans le sud de l'Afrique.

Il a constaté que la dysenterie africaine résiste à tous les traitements.

En 1890 un de ses amis qui avait souffert de la dysenterie et avait été guéri par un colon au moyen d'une teinture de plantes indigènes, lui apporta cette teinture ; les personnes qui lui ont fourni ce médicament qu'il a employé avec un succès constant, se refusaient à lui donner la plante. L'auteur put cependant, par sa persévérance, en recueillir quelques échantillons que son ami Appelgren a pu identifier avec le *Monsonia ovata*. Cette plante est assez répandue dans la région du Cap. Sa teinture donne d'excellents résultats et combat avec succès la dysenterie de ces régions. L'auteur suppose que cette teinture doit avoir aussi une action favorable pour le traitement des autres ulcérations du tube digestif; son expérience à ce sujet n'est pas suffisante pour affirmer encore cette action.

L'auteur fait suivre ces quelques réflexions de cent observations de diarrhée et de dysenterie chronique guérie par la teinture de Mansonia.

A. Chassevant.

Traitement des amygdalites aiguës par les injections parenchymateuses d'acide phénique, par Höfer. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, vol. LVII, fasc. 5 et 6, 1896.) — Les bons effets obtenus au moyen des injections d'acide phénique dans l'angine scarlatineuse par Taube, Heubner, Heusinger ont déterminé

Ziemmsen à employer ces injections dans les amygdalites simples, provoquées le plus souvent par les germes pyogènes.

Höfer publie le résultat des essais thérapeutiques qui ont été faits sous la direction de Ziemmsen : on injectait un demi à 1 centimètre cube d'une solution d'acide phénique à 2 ou 3 0/0. En général l'injection n'est pas douloureuse ; on évite la toux et le vomissement dus au goût désagréable de l'acide phénique, en lavant avec soin la bouche après l'injection. Jamais on n'a constaté de symptômes d'intoxication.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les amygdalites lacunaires avec tuméfaction intense des amygdales. Outre son action antiseptique, l'acide phénique exerce une action analgésique qui rend la déglutition facile. Dès le second jour du traitement l'amygdale diminue de volume et l'exsudat disparaît : en même temps la fièvre tombe. Les injections sont inefficaces dans les amygdalites suppurées.

G. Lyon.

Traitements opératoires modernes de l'échinocoque du foie. (*Medicinskoïe Obosrenïe*, n° 3, 1897.) — Strachoft ayant eu l'occasion d'intervenir dans un cas d'échinocoque du lobe gauche du foie, fait à ce propos la revue de toutes les méthodes préconisées dans ce cas, et arrive aux conclusions suivantes :

1° A l'état actuel d'antisepsie et d'asepsie, le chirurgien est en droit d'ouvrir la cavité abdominale non seulement dans le but d'arrêter une hémorragie provenant du foie, mais aussi pour la résection d'une tumeur.

2° L'hémorragie hépatique peut être arrêtée par des moyens ordinaires, mais le mieux est de recourir à des sutures profondes, à des ligatures, au tamponnement ou enfin au thermocautère.

3° Dans le cas d'un kyste suppuré, l'ouverture de la cavité abdominale doit être assez large pour permettre à l'opérateur de se rendre compte des particularités que le kyste présente (volume, siège, etc.).

4° Les kystes de petite dimension et implantés peu profondément peuvent être réséqués en totalité avec succès ; il faut seulement penser à une bonne hémostase et à une application étroite des parois de la cavité post-opératoire à l'aide de sutures.

5° Les kystes pédiculés peuvent être réséqués après ligature préalable du pédicule.

6° Dans les cas où l'on a affaire à des kystes volumineux, ou bien lorsque le champ opératoire n'est pas trop étroit, par exemple lorsque le kyste se fraye une voie par la cavité thoracique, il faudra recourir au procédé de Billroth en se servant de la solution physiologique de chlorure de sodium pour remplir les cavités, comme l'a conseillé le Pr Bobroff.

7° Il en résulte que les procédés à un et à deux temps avec drainage consécutif de la cavité ne sont indiqués que pour les kystes échinococciques suppurés.

B. Taft.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

La digitale dans la pneumonie et la grippe, par Gingeot et Deguy. (*Revue de médecine*, n° 3, p. 161.) — MM. Gingeot et Deguy ont employé la digitale dans le traitement de la pneumonie et de la grippe. Ils se sont constamment servis de la digitaline cristallisée de Miahle et Petit, titrée au 1/1000, administrée de la façon suivante : le malade étant soumis au régime lacté exclusif, on commence par s'assurer de l'état de son tube digestif, et s'il y a de la constipation on la combat activement à l'aide de lavements purgatifs ou glycérinés.

La digitaline doit être administrée à dose forte et massive si l'on veut obtenir des effets rapides et certains. Si l'on donne d'emblée cinquante gouttes, on s'abstiendra de toute médication pendant cinq à six jours. On se contentera de faire des lotions vinaigrées sur tout le corps pour activer les fonctions cutanées. Dans les cas d'infection grippale où le tube digestif est en jeu, on se trouvera bien de faire de l'antisepsie gastro-intestinale.

M. Gingeot emploie les cachets suivants :

Benzonaphtol.....
Salicylate de bismuth..} àà 10 centigr.
Résorcine.....

pour un cachet.

Deux à quatre par jour en moyenne.

Si on emploie les doses faibles, on peut les répéter quotidiennement, par exemple donner vingt gouttes pendant deux jours, puis on s'arrête ; le principe qui guidera dans l'administration de la digitaline c'est que, quelle que soit la méthode employée (doses fortes ou faibles) on ne devra pas dépasser la dose de soixante gouttes en sept jours, sans quoi on s'exposerait à des accidents.

Pneumonie. — Les résultats dans la pneumonie ont été très bons, puisque sur une dizaine de pneumoniques soignés par la digitaline aucun n'est mort, et qu'il y a eu notamment deux guérisons inespérées dans des cas de pneumonie double. Dès le lendemain de l'administration du médicament les malades accusent une sensation de bien-être tout à fait spéciale; le délire cesse, l'albuminurie diminue, pour cesser les jours suivants.

L'action antithermique est remarquable. Les systoles ventriculaires se font avec plus d'énergie et le cœur se ralentit, la tension artérielle augmente, le pouls devient plus fort; la diurèse survient souvent.

Les congestions ont paru disparaître plus rapidement et l'exsudat pneumonique être plus rapidement résorbé. En somme, la digitaline accélère l'évolution normale de la pneumonie et est l'adjuvant le meilleur de la guérison spontanée, car ce n'est pas une médication antipneumonique, c'est une médication compensatrice qui se sert des organes sains et compensateurs pour agir sur l'organe malade.

Grippe. — Tout ce qui vient d'être dit pour la pneumonie est applicable en tout point aux déterminations broncho-pulmonaires de la grippe. La digitale agit bien surtout quand le pouls est faible, petit, rapide.

La tachycardie, que l'on observe parfois au cours de la grippe, n'est pas une contre-indication à l'emploi du médicament, mais les effets en sont moins certains. S'il existe de la constipation opiniâtre ou des crises de diarrhée fétide, ces symptômes doivent être d'abord combattus avant de donner la digitaline.

Ce médicament paraît avoir son maximum d'effet dans la grippe à forme broncho-pulmonaire, mais il est également utile dans les formes gastro-intestinales, dans les formes graves ou compliquées où le système cardio-vasculaire est atteint. G. Lyon.

Les eaux minérales dans l'emphysème pulmonaire, par Cazaux. (*Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, n° 1, p. 16, 1897.) — Si l'emphysème est sous-pleural ou interlobulaire, ou constitué par des lacunes comprenant tout ou la plus grande partie de nombreux lobules (oppression forte et continue), il ne sera pas, en principe, justiciable du traitement hydrominéral.

Si l'emphysème est constitué par des ampoules de petite dimension ne comprenant qu'un petit nombre d'acini, avec conservation d'une bonne partie des fibres élastiques (oppression moyenne ou légère), on sera en droit d'escompter une amélioration par la cure thermale.

Si l'emphysème consiste dans la seule ectasie des alvéoles et infundibula, et surtout si celle-ci reconnaît une origine bronchitique, on sera autorisé, dans la grande majorité des cas, à compter, non seulement sur un amendement, mais sur la guérison à la suite de plusieurs cures thermales.

Cette cure aura le double effet : *a*) de modifier la muqueuse bronchique et de la fortifier contre les refroidissements ultérieurs; *b*) de réveiller la contractilité des fibres élastiques, condition première d'une expiration normale.

Suivant sa pathogénie, l'emphysème sera traité avec succès : chez les herpétiques par les eaux arsenicales, telles que la Bourboule; chez les arthritiques par les bicarbonatées mixtes, telles que le Mont-Dore; chez les arthritiques et asthmatiques catarrheux par les sulfurées sodiques, telles que Cauterets et Luchon, et par les sulfurées sodiques et calciques métalliques, telles que Eaux-Bonnes.

R. Blondel.

Note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'essence d'eucalyptus, par A. Douglas. (*Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, p. 10, janvier 1897.) — Le Dr Douglas a généralement recours à la fois à l'inhalation, aux frictions cutanées, à l'injection hypodermique et à l'absorption par la voie buccale. L'on obtient aisement une atmosphère saturée d'essence d'eucalyptus en étendant dans une chambre une pièce de tissu quelconque de quelques pieds carrés, préalablement trempée dans ce liquide. Les frictions sur la poitrine se font à l'aide d'un onguent à base de vaseline. L'injection sous-cutanée d'un mélange de vaseline liquide et d'eucalyptol est peu douloureuse. Enfin la glycérine et le mucilage de gomme arabique additionnés de sirop d'éther et d'une petite quantité de chloroforme forment avec l'eucalyptol une préparation bien tolérée par les voies digestives.

L'eucalyptol agit plus spécialement sur l'élément catarrhal de l'affection; la toux diminue ou cesse, l'expectoration devient moins purulente et plus rare; il influence également d'une façon heureuse l'état général, l'appétit renaît, les forces reviennent et le poids augmente.

G. Lyon.

Etat présent du traitement créosoté de la tuberculose pulmonaire; revue analytique concernant quarante-cinq cas récents. (*Medical Record*, 27 mars 1897.) — James Crook emploie la créosote depuis sept ans : il a soigné des centaines de cas de phtisie par la méthode de Bouchard et Gimbert, et les résultats ont été publiés

en 1895. La créosote est surtout précieuse comme tonique stomacal ; dans quelques cas, elle exerce une action intra-pulmonaire désinfectante. Depuis cette époque, l'auteur a traité jusqu'à ce jour quarante-cinq cas : les doses employées ont notablement dépassé, en moyenne, celles de la période précédente. Dans cinq cas, on nota la disparition complète de tous les symptômes et de tous les signes physiques de tuberculose pulmonaire : cinq autres cas furent manifestement, et huit légèrement améliorés. Pas de modification dans treize cas ; huit malades, profondément cachectiques, moururent. Donc bon résultat dans 40 0/0 des cas.

Le mode d'administration varie avec la répugnance des malades : en tout cas, un traitement capable de donner un pareil résultat demande à être étudié et appliqué soigneusement et systématiquement, s'il est bien toléré.

E. Vogt.

Le thymol dans la fièvre des phtisiques, par de Renzi (*Rivista clin. e terapeutica*, n° 3, p. 117, 1897.) — Le thymol a été employé chez 11 malades atteints de tuberculose pulmonaire. La dose quotidienne a été de 1 à 7 grammes, elevée progressivement et donnée en cachets de 50 centigrammes. Dans 6 cas la chute de la température a été obtenue ; chez 2 malades la fièvre s'est abaissée légèrement ; chez 2 autres il n'y a pas eu de modification appréciable. Chez tous la tolérance a été parfaite. Le thymol donne aux urines une coloration noire qui persiste trois ou quatre jours après la suspension du médicament.

G. Lyon.

Lavages de la cavité pleurale dans l'empyème par des bains. (*Journal de médecine militaire*, n° 11, 1896.) — Zeman a appliqué chez un certain nombre de malades opérés pour empyème, le traitement par des bains, ces derniers remplaçant les lavages de la plèvre par un irrigateur.

L'eau était aspirée violemment pendant l'inspiration et s'écoulait aussi violemment pendant l'expiration. Il sortait de la plèvre une grande quantité de caillots de pus coagulé et de masses compactes qu'il eût été impossible d'éloigner par un simple lavage.

Les bains contribuaient à une guérison plus rapide.

Pour les bains on n'employait que l'eau bouillie à la température de 27° à 30° Réaumur, leur durée était de dix à quinze minutes.

L'état général des malades s'améliora notablement. Quant aux accidents, l'auteur n'en a jamais observé.

B. Taft.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Ex-président de la Société d'Ophtalmologie.

Traitement médical du chalazion, par le Dr Trousseau. (*Journal des Praticiens*, 13 mars 1897.) — Lorsque le chalazion est irrité et qu'il existe de la rougeur et de l'œdème de la peau des paupières ; lorsqu'il y a aussi de la conjonctivite et de la blépharite et que le volume du chalazion, même non réactionnel, varie d'un jour à l'autre, la cure médicale doit être tentée. Un chalazion unique, au contraire, qui s'est développé lentement, sans aucune réaction et qui ne change pas de volume depuis un certain temps, sans s'accompagner de conjonctivite ni de blépharite, doit être enlevé chirurgicalement. Les chalazions multiples doivent être traités médicalement, et en tous cas on ne doit intervenir que lorsque toute poussée inflammatoire est terminée.

Le traitement médical se compose, suivant les cas et les indications :

D'applications sur les paupières de compresses de coton hydrophile, tièdes et bien mouillées dans la solution boriquée au 1/25 ; d'onctions le soir sur toute la surface de la paupière avec une pommade iodurée, ou de badigeonnages de temps en temps avec la teinture d'iode, si le chalazion est torpide ; de cataplasmes Langlebert sur la paupière, maintenus toute la nuit, s'il y a inflammation ; de lotions avec une solution au cyanure d'hydrargyre 0,05/500, s'il y a de la conjonctivite d'intensité moyenne sans sécrétion ; de cautérisations à la solution de nitrate d'argent s'il y a catarrhe ; d'applications de pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre 0,10/5 s'il y a blépharite ; d'absorption à l'intérieur, à l'un des repas, de cinq à six gouttes de teinture d'iode.

Pour prévenir le retour du chalazion, il faut éviter toutes les causes d'irritation conjonctivo-palpébrale (vent, poussières, fumée, réfraction mal ou point corrigée, état général et constitutionnel et guérir complètement toute conjonctivite ou toute blépharite, même légères.

Kopff.

Résection partielle du sac de la tumeur lacrymale, par Baudoin. (*Ann. de la Policlinique de Bordeaux*, janv. 1897.) — La dacryocystite chronique revêt l'une des deux modalités suivantes : catarrhe sans ectasie apparente du sac, et sac fortement dilaté (tumeur lacrymale). Dans les

cas de cette dernière catégorie, c'est la dilatation passive du sac qui devient un obstacle à la guérison. Le cathétérisme, combiné avec les injections antiseptiques, est impuissant à lutter contre cette sécrétion incessante du sac ectasié. Il faut donc agir sur la paroi même du sac pour rendre à ce dernier ses dimensions normales et ramener ainsi la dacryocystite avec ectasie et tumeur à l'état de dacryocystite simple.

Dans l'ectasie, la muqueuse reste lisse et le curettage ne donne pas de résultats; il y a lieu de le réserver pour les cas rares où il existe des fongosités. La cautérisation du sac au fer rouge a l'inconvénient de détruire partiellement la muqueuse. L'auteur conclut, d'après les observations recueillies a la clinique du Dr Lagrange, que l'excision partielle du sac à sa paroi antérieure, suivie d'une suture exacte d'abord de la muqueuse, ensuite de la peau, constitue l'opération de choix dans les cas de mucocèle.

KOPFF.

Traitement du catarrhe printanier conjonctival, par GARDETTE. (*Thèse de Paris*, 1897.) — Le catarrhe printanier est une maladie d'origine microbienne probable, qui se présente sous deux formes, tantôt isolées, tantôt associées : péricornéenne et tarsienne. La forme péricornéenne a son traitement radical : le massage à la lanoline hydrargyrique. La forme tarsienne ne possède pas de traitement analogue. Ce qui donne les meilleurs resultats, c'est la scarification ou l'abrasion des hypertrophies papillaires.

KOPFF.

Traitement du trichiasis et du districhiasis, par MÉNACHEM. (*Thèse de Paris*, 1897.) — L'auteur range les procédés opératoires usités sous quatre chefs différents, suivant qu'on se propose de redresser directement les cils, de les détruire, de transplanter le sol ciliaire ou enfin de redresser le bord palpébral en s'adressant à tous les éléments constitutifs de la paupière. Les procédés les plus simples sont les moins fidèles. Le traitement rationnel doit s'adresser à tous les facteurs pathogéniques de l'affection et toucher à la fois à la peau, au muscle, au tarse et à la conjonctive (procédé de Panas de préférence).

KOPFF.

L'ichtyol dans le traitement des conjonctivites et des blépharites, par JACOVIDÈS. (*Thèse de Paris*, 1896.) — L'ichtyol, produit de distillation d'une roche bitumineuse du Tyrol, représentant le résidu de matières animales décomposées, particulièrement d'animaux marins et de poissons fossiles, peut être avantageusement employé pour le traitement des conjonctivites et des blépharites. Il agit sur les muqueuses enflammées par vaso-constriction, en produisant en outre une action analgésique. Son action astringente modifie assez bien les sécrétions conjonctivales, sauf dans la conjonctivite des nouveau-nés. Dans les cas de pannus cornéen, il peut éclaircir la cornée.

Voici les formules recommandées par l'auteur Panas :

Solution forte :

Ichtyol	àà 50 grammes.
Eau distillée	

Solution faible :

Ichtyol	30	—
Eau distillée	70	—

Pommade forte :

Ichtyol	5	—
Vaseline	100	—

Pommade faible :

Ichtyol	2 gr. 50
Vaseline	100 grammes.

Pommade pour les blépharites et l'eczéma des paupières :

Ichtyol	50 centig. à 2 gr.
Amidon	àà 12 grammes.
Oxyde de zinc	
Vaseline	25 —

KOPFF.

Traitement des ulcères et abcès de la cornée, par le Dr A. TERSON. (*Journal de médecine de Paris*, avril 1897.) — Ce traitement comprend deux indications : la désinfection du foyer microbien inclus dans la cornée et quelquefois la désinfection de la chambre antérieure contaminée; la suppression de la cause qui a donné naissance à l'ulcère.

Les ulcères et abcès de la cornée sont occasionnés par des infections de voisinage (appareil lacrymo-nasal, ozène, dacryocystites, conjonctives, blépharites, carie dentaire et ses suites infectant la bouche, l'arrière-gorge et les fosses nasales; d'autres fois les causes sont plus éloignées : corps étrangers, coups d'ongle, propreté personnelle, simple stagnation lacrymale, mauvais état gastro-intestinal, cachexies, herpétisme.

Les causes de voisinage sont immédiatement traitées. Les voies lacrymales seront irriguées au nitrate d'argent au 1/50 ou au permanganate à 1/2000; contre ouverture du sac lacrymal si l'irrigation ne peut se faire sans ramener le pus vers l'œil; gaze iodoformée dans le sac. Soins

spéciaux pour l'ozène, la stomatite, les conjonctivites, les blépharites et les divers états généraux.

L'ulcère doit d'abord être soigné en vue de prévenir l'hypopion, par des collyres diffusables (bleu de méthyle), par l'occlusion, par la poudre et la pommade iodoformée à 1/10. L'occlusion doit être évitée s'il y a conjonctivite en dacryocystite, de façon à ne pas enfermer le pus dans l'œil. Le pansement ouaté est on ne peut plus utile pour la cornée, lorsqu'il n'y a pas de conjonctivite; sous son influence on voit les ulcères guérir et les hypopions de degré moyen disparaître sans paracentèse.

Si ces divers moyens sont insuffisants, il faut agir plus directement sur le foyer infectieux : applications sur l'ulcère avec un petit pinceau d'eau phéniquée à 1/20, la teinture d'iode et les autres topiques (chlorure de zinc, acide lactique) ne paraissant pas à l'auteur avoir une action aussi efficace et étant plus douloureux; lotions au biiodure d'hydrargyre au 1/20000 avec une canule en verre et un laveur peu élevé; à l'acide borique ou au permanganate de chaux à 1/5000.

L'irrigation directe sur l'ulcère (curettage hydraulique de Sautarnecchi) est souvent mal toléré.

La chaleur est un moyen précieux (compresses d'ouate trempées dans une infusion très chaude et appliquées pendant une à deux heures).

La révulsion conjonctivale est plus efficace que la révulsion temporale (injections quotidiennes de sublimé (1/2000) sous la conjonctive, à dose modérée; cautérisation ignée de la conjonctive non loin de l'ulcère; péritomie partielle, scarifications).

Les curettages peuvent ouvrir de nouvelles voies à l'infection. Lorsque l'ulcère gagne en étendue et que l'hypopion augmente, la cautérisation ignée de l'ulcère s'impose, en ménageant le fond de l'ulcère pour ne pas amener une perforation immédiate. Lorque l'hypopion arrive, malgré tout, à remplir la moitié de la chambre antérieure, il faut l'évacuer. L'auteur préconise, de préférence à l'opération de Samisch (transfixion du foyer à 1 millimètre en deçà et au delà de l'ulcère), une large paracentèse du limbe à la partie déclive, combinée ou non à l'irrigation.

KOPFF.

Traitement de la kérato-conjonctivite pustuleuse, par le Dr A. TERSON. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, avril 1897.) — *Traitement local.* — Si la forme est sécrétante, il faut tarir la sécrétion par le nitrate d'argent et les irrigations antiseptiques; il ne reste plus alors qu'à traiter les pustules mises à nu. Si la forme, sans sécrétion marquée, est inflammatoire avec photophobie, il faut proscrire toute substance irritante et s'en tenir au traitement général, aux onctions de pommade iodoformée, aux instillations de cocaïne et d'atropine et aux applications froides sur la tête.

Le bandeau augmente la photophobie et l'irritation conjonctivale.

S'il y a peu de photophobie, il faut employer la pommade au bioxyde jaune à 1/20, de préférence au calomel, qu'il faut éviter si le sujet prend de l'iodure à l'intérieur, un iodure de mercure caustique pouvant se former. S'il y a des complications cornéennes, il faut gratter la pustule, la cautériser au galvano-cautère ou avec une aiguille rougie.

Traitement général. — Il a une importance égale à celle du traitement local : c'est celui de la scrofule (bord de la mer, iodoforme, aliments gras, huile de foie de morue, vins iodés), de la rhinite et de la blépharite.

KOPFF.

Traitement des kératites interstitielles, par le Dr ROCHON-DUVIGNEAUD. (*Journal des Praticiens*, février 1897.) — Les kératites interstitielles se développent toujours sous l'influence de diathèses différentes (syphilis héréditaire, scrofule, etc.). C'est donc le diagnostic de la diathèse qui devient prépondérant pour instituer le traitement général.

Le traitement local consiste à maintenir la propreté des culs-de-sac et des cils et à favoriser les échanges nutritifs de la cornée par la chaleur (compresses chaudes maintenues une à deux heures par jour). Il faut éviter les pommades irritantes, comme la pommade à l'oxyde jaune et dès le début, dilater la pupille par l'atropine et la maintenir dilatée; porter non un bandeau, mais des lunettes fumées.

Quant au traitement général, il dépend de la diathèse et à ce point de vue, l'opinion d'Hutchinson considérant la kératite interstitielle comme étant constamment une manifestation de la syphilis héréditaire tardive, paraît trop absolue à l'auteur. Si la syphilis chez les ascendants est en jeu dans la moitié des cas environ, il ne faut pas oublier que d'autres tares héréditaires ou acquises peuvent être mises en cause (goutte, scrofule, arthritisme). L'hérido-syphilis avérée ou seulement soupçonnée, nécessite un traitement énergique et prolongé par les *frictions mercurielles*. Si elles se montrent inactives, les solutions iodo-iodurées doivent remplacer le mercure. Lorsque l'origine est

goutteuse, le salicylate de soude devient efficace. En pratique, c'est le mercure qui donne le plus grand nombre de succès, parce que l'étiologie syphilitique est à elle seule aussi fréquente que toutes les autres causes réunies.

Un traitement révulsif doit entrer en jeu pour hâter la disparition des exsudats leucocytiques, qui forment, pendant quelquefois des années, des foyers d'infiltration opaques et étendus, mais cependant susceptibles de se résorber à la longue. A ce point de vue, les injections sous-conjonctivales de sublimé au 1/1000 ou d'eau salée, les massages à la lanoline hydrargyrique introduite dans les culs-de-sac, l'électrisation même, constituent les principaux moyens d'action.

KOPFF.

Diminution de la myopie par l'extraction du cristallin, par le Dr J. HIRSCHBERG. (*Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, mars 1897.) — L'auteur a opéré un grand nombre de myopes atteints de cataracte peu avancée, avec trouble léger du cristallin principalement dans la région polaire postérieure. Il n'a jamais observé de décollement rétinien consécutif; il attribue cette complication, signalée par plusieurs auteurs, aux manœuvres opératoires de discision pratiquées jusque dans le corps vitré.

L'auteur cherche à n'avoir besoin que d'une seule opération chez les enfants et de deux au plus chez les adultes. Après dilatation de la pupille, il pratique une incision moyenne de la capsule et des couches superficielles du cristallin et avec l'emploi modéré de l'atropine, il obtient en deux ou trois mois la résorption complète du cristallin. Ce procédé lui donne de bons résultats surtout dans les cataractes polaires. Si la discision est trop petite, elle amène de l'irritation sans être suivie de la résorption complète. S'il survient à la suite de cette discision du gonflement cristallinien, avec augmentation de pression intra-oculaire, la masse cristallinienne doit être enlevée au moyen d'une incision lancéolaire.

Chez les adultes, il fait une discision et, quatre à cinq jours après, il taille un lambeau cornéen, à travers lequel le cristallin sort facilement et complètement.

L'incision lancéolaire ne suffit pas chez les adultes; il reste dans ce cas des portions plus ou moins grandes de cristallin qu'il faut disciser et qui peuvent se gonfler encore. La sortie trop renouvelée des restes de cristallin, peut occasionner la propulsion du corps vitré, lorsqu'une discision a déjà été faite jusque dans le vitré, et cet accident doit être évité surtout dans des yeux de ce genre; le décollement de la rétine pouvant survenir non seulement par la propulsion du corps vitré, mais encore par des discisions trop fréquentes.

KOPFF.

Un cas de diphtérie de l'œil guéri par les injections de sérum de Behring. (*Wratsch*, n° 6, 1897.) — Le cas rapporté par STREMJINSKY, concerne un jeune enfant de 14 mois atteint de diphtérie de l'œil. Le traitement local par des lotions au sublimé n'ayant donné aucun résultat et l'examen bactériologique des fausses membranes ayant démontré la présence du microbe caractéristique, l'auteur eut l'idée de recourir aux injections de sérum de Bering. La quantité injectée fut de 10 grammes (on fit l'injection dans la région sous-claviculaire). Le lendemain, les paupières inférieures étaient détergées, ainsi que la cornée; l'œdème et la rougeur des conjonctives disparurent. Les jours suivants, la rougeur des conjonctives reparut accompagnée d'une sécrétion purulente. On fit des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent au 1/100. Quelques jours après, l'enfant était parfaitement guéri. Il n'est resté qu'une petite cicatrice à l'angle externe de l'œil droit où il y avait un ulcère. Stremjinsky, après avoir rapporté cette observation fort intéressante, se livre à des considérations générales sur l'identité bactériologiquement démontrée du croup et de la diphtérie de l'œil, — deux maladies qui, jusqu'à il y a quelque temps, étaient considérées comme des maladies absolument distinctes.

B. TAFT.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Le curettage dans l'endométrite. — Une discussion engagée au Congrès de l'*American medical Association* (*Med. Rec.*, 30 janvier 1897) a fait connaître la façon dont plusieurs de nos confrères américains comprennent les indications du curettage. M. BONNIFIED fait d'abord une revue des facteurs étiologiques de l'endométrite, parmi lesquels il fait figurer toutes les causes de congestion des organes viscéraux, depuis le corset, le décolletage et la danse, dans la classe élevée, jusqu'à la station debout prolongée de la demoiselle de magasin et l'absence de repos au moment des règles chez l'ouvrière;

l'abstinence des rapports sexuels lui paraît même devoir être incriminée comme cause de congestion utérine et il la rapproche de l'hypertrophie prostatique des continents et (ce qui est plus inexact encore) de la prédominance du fibrome chez les vierges et chez les veuves. Le traitement de l'auteur comporte, chez les vierges, le repos, l'hygiène, le traitement de l'anémie, et plus tard les exercices au grand air, parmi lesquels on voit figurer l'équitation et la bicyclette (?) ; mais il proteste contre la tendance actuelle de recourir à la curette dès qu'apparaît chez une jeune fille un peu de dysménorrhée ou de leucorrhée. Chez la femme mariée, par contre, il reconnaît que le curettage représente le plus souvent le meilleur mode de traitement : au besoin, on complétera celui-ci par toute intervention permettant de supprimer les flexions vicieuses de l'utérus, dût-on recourir à l'hystéropexie ou au raccourcissement des ligaments ronds. L'endométrite septique survient ordinairement après l'avortement ou l'accouchement ; quelquefois elle est due au transport des germes du vagin dans l'utérus par la sonde, ou à l'infection de l'organe par les mêmes germes au moment des règles. Le curettage pratiqué le plus tôt possible sera le seul moyen d'enrayer l'affection, de prévenir ses complications ordinaires et d'éviter dans l'avenir des interventions beaucoup plus graves sur les trompes ou l'ovaire. Quant à l'endométrite gonorrhéique, si elle est prise à temps, elle cède aux irrigations intra-utérines antiseptiques et au tamponnement prolongé : il faut surveiller et traiter à fond les foyers urétraux, péri-urétraux et bartholiniques. Si l'affection est ancienne ou a résisté à ces moyens, le curettage rendra de grands services ; sa seule contre-indication est l'existence d'une collection purulente annexielle ou péri-annexielle : dans ce cas on traitera celle-ci par l'incision du cul-de-sac de Douglas ou par la laparotomie. — M. Palmer, répondant à l'orateur, parle de l'emploi de la curette après l'avortement et déclare qu'il n'existe pas de moyen plus sûr d'enlever les débris placentaires qui peuvent subsister et occasionner l'infection ou l'hémorragie. Il insiste pour qu'on choisisse une curette très volumineuse, et le plus souvent une curette mousse, surtout au troisième mois, car il ne s'agit pas ici d'enlever des fragments de muqueuse, mais de détacher des débris peu adhérents : il ne faut pas opérer avec violence, comme on le fait dans certaines endométrites.

M. Stark ne croit pas que dans l'avortement, la curette soit d'autant moins indiquée que la grossesse est plus avancée ; la raison donnée par l'auteur de cette proposition, à savoir que l'utérus a plus de puissance expulsive à la fin de la gestation qu'au début, ne signifie absolument rien, puisqu'il s'agit de villosités plus ou moins profondément implantées et plus ou moins complètement dégénérées.

La curette reste toujours indiquée comme seul moyen de détruire ces lambeaux de tissu fixés anormalement et que les contractions utérines les plus puissantes ne sauraient détacher. Dans l'endométrite septique, le curage est susceptible d'amener la guérison, en supprimant le foyer auquel s'alimente l'infection lymphatique. Quant à l'emploi de la curette dans l'infection gonorrhéique, l'auteur le condamne absolument : les prolongements glandulaires infectés s'enfoncent en profondeur entre les faisceaux sous-cutanés, échappant à l'action de l'instrument et régénérant ensuite une muqueuse infectée : toutes les fois qu'il a employé la curette en pareil cas, l'affection n'a fait qu'empirer et une fois il a provoqué un pyosalpynx.

R. Blondel.

L'airol appliqué au traitement des métrites. (*Thèse de Paris*, 1897.) — M. Cassan fait d'abord le procès du curetage et de l'emploi des caustiques : il préconise la désinfection de la cavité utérine au moyen de l'airol, moins toxique que l'iodoforme et agissant : par l'iode qu'il dégage lentement, comme antiseptique, — par le bismuth qu'il dépose, comme topique absorbant — par l'acide gallique qu'il met en liberté, comme astringent et cicatrisant. L'auteur emploie une émulsion d'airol dans la glycérine, en supprimant l'eau qui figure dans la formule de M. Legueu pour le traitement de la blennorrhagie par cette substance, l'eau décomposant déjà partiellement l'airol.

Dans un verre à expérience bien stérilisé, on verse 4 centimètres cubes de glycérine pure, à laquelle on ajoute 1 gramme d'airol, en ayant soin de bien agiter le mélange avec une spatule : cette première émulsion, qui a la teinte grise de l'airol, est destinée à imbiber un tampon intra-utérin : une seconde émulsion plus diluée (à 1/20) sert à imbiber les tampons vaginaux.

Après désinfection du vagin, le col est fixé avec une pince tire-balles, l'orifice cervical dilaté avec une série progressive de bougies d'Hégar, et un tampon chargé de l'émulsion d'airol est placé dans la cavité où il reste deux jours. Par ce traitement employé dans 13 cas, l'auteur a vu les sécrétions utérines se modifier, devenir transparentes et muqueuses, et finalement se tarir en quinze jours ou trois semaines, sauf dans 4 cas où l'insuccès a tenu à l'indocilité des malades, paraît-il. L'auteur préconise ce traitement surtout chez les malades qui ne peu-

vent garder le repos au lit. Il échoue quand il existe des complications annexielles.

L'auteur n'a fait d'ailleurs aucune distinction entre les différents types cliniques de métrite qu'il a eu à soigner et dont certains (gonorrhée) s'arrangeraient mal de la dilatation au moyen des bougies métalliques. Il ne donne aucun détail sur le mode de préparation et d'introduction des tampons intra-utérins. [Nous-même avons préconisé, il y a déjà trois ans, le traitement de l'endométrite par des mèches de gaze iodoformée trempées dans la glycérine, qui suffisent à la fois à la désinfection et à la dilatation et amènent huit fois sur dix la guérison de la salpingite concomitante sans exiger le repos des malades.]

R. Blondel.

Nouvelle methode opératoire du traitement de la rétroflexion. (*Centralblatt f. Gynækologie*, 20 mars 1897.) — M. Jonnesco préconise la voie abdominale et rapporte un cas dans lequel il a excisé une tranche cunéiforme transversale de la paroi antérieure de l'utérus (après décollement de la vessie) pour ramener le fond de l'utérus en avant : une simple suture au catgut suffit à fermer la plaie et à assurer l'hémostase ; il complète par le raccourcissement des ligaments ronds par plicature (procédé de Gill Whylie). Le seul cas cité par l'auteur paraît avoir eu une guérison complète.

R. Blondel.

Traitement opératoire de la rétro-déviation utérine. — M. J. Elischer (*Centralblatt f. Gynæk.*, 13 mars 1897) fait la critique des méthodes opératoires qui substituent à la position vicieuse de l'utérus une autre position vicieuse : tel est le cas de la vagino-fixation et de la ventro-fixation. Le procédé que décrit l'auteur et qu'il a employé avec succès, dit-il, dans neuf cas, se rapproche un peu de la première : le vagin est incisé sur le col et la vessie est décollée de l'utérus jusqu'à pénétration dans la cavité abdominale : le lambeau péritonéal est fixé de suite au vagin pour recouvrir le fond décollé de la vessie. L'utérus est amené en antéflexion : au niveau du coude qu'il forme alors sur sa face antérieure, on trace une incision courbe, on avive au-dessous d'elle puis l'on fait glisser le lambeau supérieur de l'incision jusqu'à la limite de la surface avivée et on le fixe par trois points de soie. L'antéflexion est ainsi maintenue : le péritoine est suturé et le vagin refermé comme dans la colporrhaphie intérieure, l'incision transversale donnant une ligne longitudinale. Les sutures sont enlevées le dixième jour.

R. Blondel.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

La constipation des bébés. (*Journal des Praticiens*, 9 janvier 1897.) — Après avoir étudié les accidents locaux et généraux que peut produire chez l'enfant la rareté des selles, M. Carron de la Carrière expose les moyens d'y remédier.

La première indication est de s'occuper de l'alimentation. Si l'enfant est au sein, il faut modifier le régime de la nourrice et exiger de fréquentes sorties et de l'exercice. Il faut aussi régler le nombre et l'abondance des tétées.

Si l'enfant est élevé au biberon avec du lait stérilisé, on ajoutera au lait un peu de sucre et on le coupera avec la décoction d'orge dans la proportion de 20 grammes pour 100 grammes de lait. Cette tisane doit être renouvelée chaque jour.

Enfin si l'enfant prend déjà des bouillies ou est au moment du sevrage, on emploiera les farines qui ont la réputation d'être moins constipantes : arrow-root, avoine, crème d'orge, maïzaline ; on donnera un repas avec du bouillon, de poulet de préférence, additionné de tapioca ou de minces tranches de pain que l'on laisse cuire dedans ; on peut aussi, chez les enfants plus jeunes, couper le lait avec ce bouillon.

Quant à la médication à laquelle on devra avoir recours, dans certains cas, elle consiste en l'emploi de *massage*, *laxatifs* et *lavements* ou *suppositoires*.

1° Chaque matin, *massage* du ventre avec la paume de la main enduite de vaseline ; on fait des frictions en cercle autour de l'ombilic en partant de la zone iliaque droite : la pression exercée est légère, l'*effleurage* suffit ; chaque séance dure dix minutes.

Après la première année, le massage devra s'adresser plus directement au gros intestin. Avec la pulpe des quatre derniers doigts on fait des frictions longitudinales partant de l'aine droite pour remonter de bas en haut jusqu'au niveau des côtes, passer transversalement dans la région épigastrique et descendre verticalement de haut en bas sur le côté latéral gauche du ventre jusqu'à l'aine gauche ; la pression est un peu plus accentuée que dans l'effleurage qui suffit dans la première année.

Enfin quand l'atonie intestinale intense a ré-

sistè aux premiers moyens, on pratique un véritable pétrissage des intestins.

2° Comme *laxatifs*, l'huile de ricin et la magnésie suffisent pour parer à tous les cas.

L'huile de ricin peut être donnée dès les premiers mois à dose d'une cuillerée à café, elle est indiquée quand l'enfant est constipé depuis longtemps et qu'il y a besoin de faire un nettoyage de son intestin, de rétablir sa perméabilité, d'éliminer les matières qui l'encombrent. On donne une cuillerée à café pendant deux ou trois jours de suite, jusqu'à ce qu'on ait obtenu des évacuations de consistance molle, pâteuse et uniforme et que l'on suppose la « liquidation » complète. Quand cet état est obtenu, la magnésie est un moyen excellent pour maintenir la régularité et la bonne consistance des garde-robes. On laissera la journée s'écouler puis si le bébé n'a pas eu ses deux garde-robes vers cinq heures du soir, on lui donnera un lavement ou un suppositoire, et d'après la quantité et la consistance du produit rendu, on administrera de une à trois pincées de magnésie lourde anglaise, mélangée à un peu de lait et immédiatement avant la tétée, ou déposée sur la langue.

3° Pour obtenir une évacuation immédiate des matières, nous avons les suppositoires et les lavements. Les lavements seront administrés avec une seringue de verre plutôt qu'avec une poire de caoutchouc. Ils seront de 50 grammes dans les six premiers mois, 100 grammes jusqu'à un an, 150 grammes à partir d'un an. Comme liquide, eau bouillie pure ou décoction de guimauve ou de camomille tiède, avec addition de deux à quatre cuillerées à soupe d'huile d'amandes douces.

E. Thiercelin.

Traitement de la coqueluche par la résorcine, par Roskam. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, n° 2, p. 71. 1897.) — Le Dr Roskam a traité 290 enfants atteints de coqueluche, par la méthode de Moncorvo qui consiste à toucher la glotte avec une solution de résorcine. Aucun des malades n'a succombé : 200 ont guéri avant quinze jours et 70 avant le vingt-cinquième jour à partir du début du traitement ; les tout jeunes enfants guérissent plus facilement que les autres.

Les enfants de moins d'un an ont été traités par une solution à 2 0 0 ; ceux de 1 à 2 ans par une solution à 2 0 0 pendant deux jours, puis à 3 0 0. C'est ce dernier titre qui convient à tous les autres. Les applications ont été faites toutes les quatre heures à partir de six heures du matin et une ou deux fois la nuit.

L'état général s'améliore en cinq ou six jours. L'enfant reprend rapidement son appétit et sa gaieté ; dans le même laps de temps les quintes diminuent de nombre.

G. Lyon.

Deux cas d'œdème des poumons chez des enfants guéri par le strophantus, par Mac Gregor. (*Lancet*, 3 avril 1897.) — L'auteur rapporte deux observations d'œdème des poumons survenu d'une façon subite et ayant déterminé des accidents d'une gravité exceptionnelle dans lesquelles la guérison fut obtenue par emploi de la teinture de strophantus. Dans le premier cas, l'œdème apparut dans le cours d'une pleurésie et d'une péritonite chroniques, on donna une goutte de teinture de strophantus toutes les deux heures et la guérison survint en quatre jours. Dans le second cas l'œdème pulmonaire accompagnait une anasarque généralisée survenue au moment de la desquamation d'une scarlatine, avec anurie complète. Dans ce cas encore deux gouttes de teinture de strophantus données toutes les trois heures amenèrent rapidement la guérison.

E. Thiercelin.

FORMULAIRE

Pilules antinévralgiques.

Extrait aqueux de jusquiame	5 décigr.
Extrait de valériane.....	10 centigr.
Chlorhydrate de morphine..	5 milligr.

pour une pilule.

Dose : une à quatre en vingt-quatre heures.

Erysipèle de la face.

Acide phénique.....		
Teinture d'iode.....	ââ 2	grammes.
Alcool.....		
Essence de térébenthine.	4	—
Glycérine.....	6	—

Pour badigeonner toutes les deux heures. Recouvrir avec de la tarlatane aseptique.

CORRESPONDANCE

Un de nos abonnés, le Dr C. Namé, médecin chef de l'hôpital municipal de Jérusalem, nous adresse l'intéressante note suivante que nous publions bien volontiers :

Traitement des contusions par le collodion mentholé. — Dans plusieurs cas de contusions siégeant sur les différentes parties du corps, j'ai obtenu de bons résultats avec des badigeonnages au collodion mentholé à 1 ou 2 0/0.

D'abord antisepsie vigoureuse, nettoyage à l'éther simple ou iodoformé des points contus, par application quotidienne ou bi-quotidienne du liniment sus-indiqué, durant quelques jours. Les douleurs se calment vite : cela tient, en premier lieu, à l'action constrictive qu'exerce le collodion sur l'épanchement accompagnant les contusions, lequel tend à disparaître en deux ou quatre jours, puis à la propriété calmante du menthol. Bien entendu, les contusions articulaires sont hors de la question.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Cours. — Le Pr Fournier reprendra son cours de clinique des maladies contaminées et syphilitiques le vendredi 7 mai, à l'hôpital Saint-Louis, à dix heures, et le continuera les mardis et les vendredis suivants à la même heure.

Nominations. — MM. les Drs Bertillon, Descourtis, Trouillet ont été nommés Officiers de l'Instruction publique et les Drs Béluze et Souligoux Officiers d'Académie.

Comité français du XIIe Congrès international de Moscou (19-26 août 1897). — Les chemins de fer russes viennent d'accorder aux membres du Congrès, régulièrement inscrits, le *voyage gratuit aller et retour*, de la frontière russe à Moscou.

Pour profiter de cet exceptionnel avantage, se faire inscrire au plus tôt au Secrétariat général du Comité français, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

On s'occupe activement à Moscou de l'organisation des excursions qui auront lieu aux environs de cette ville, à Pétersbourg et à Nijni-Nougorod, pendant la durée du Congrès. — Cinquante adhésions sont actuellement parvenues aux bureaux du Comité français.

Immédiatement après le Congrès de Moscou, il sera organisé un train spécial, à l'usage exclusif des congressistes régulièrement inscrits, pour une excursion gratuite au Caucase.

On visitera Bakou (sources de naphte), Tiflis, Batoum (culture du thé), Soukhoum, Kalé et Novorowsysk. Retour à Moscou.

La nourriture et le logement seront assurés dans le train et les bateaux à vapeur spécialement affrétés à cet effet. — Les faux frais de cette excursion ne dépasseront pas 150 francs par personne, tout compris.

Nous croyons devoir aviser nos confrères que les demandes d'admission pour cette excursion abondent déjà et que l'on sera peut-être obligé de refuser l'inscription, les places dans le train spécial étant forcément très limitées.

Médecins et Sociétés de secours mutuels. — La lutte engagée par les médecins contre les Sociétés de secours mutuels commence à gagner du terrain en Allemagne. C'est ainsi que les médecins d'Ulm, au nombre de vingt, se sont entendus pour refuser dorénavant leurs services aux membres de la Société de secours mutuels de cette ville, d'après le tarif réduit en vigueur jusqu'alors. La Société de secours mutuels a accepté la lutte. Elle a décidé que ses membres n'auraient plus le droit de choisir leur médecin parmi tous les diplômés qui exercent à Ulm. Elle offre une somme totale de 12,500 francs pour rétribuer cinq médecins et un oculiste, qui seuls auront charge des sociétaires.

Un conflit semblable s'était élevé récemment dans une autre ville bavaroise, à Kaiserslautern. La Société de secours mutuel a dû capituler devant l'entente inébranlable des médecins de cette localité. Décidément la discipline allemande a du bon.

Nécrologie. — Le Dr Magitot, membre de l'Académie de médecine, ancien président de la Société d'anthropologie, mort subitement dans une crise d'angine de poitrine.

PETITE CHRONIQUE

Les voyages forment la jeunesse. Ceci n'est pas une réclame pour les excursions que nous préparent « là-bas, là-bas », si courtoisement, nos confrères russes et en l'honneur desquelles vont se boucler tant de valises médicales. C'est à un autre point de vue que je veux me placer : autrement dit, il n'est tel que de sortir de chez soi pour pouvoir juger un peu sainement de ce qui s'y passe. En France, nous sommes accusés, non sans raison, de ne guère aimer quitter le coin de notre feu, absorbés dans une sorte de contemplation de notre nombril, que nous prenons facilement pour celui du monde, après bien d'autres d'ailleurs. Notre pays est si beau, paraît-il, que nous n'aurions que des déceptions à nous déranger. Je connais l'excuse : c'est la même qui sert pour expliquer notre ignorance crasse en linguistique. Le tableau serait inexact si je n'ajoutais que cet état d'esprit trouve le moyen de se concilier avec une passion effrénée pour ce que j'appellerai l'auto-débinage, poussé jusqu'à l'absurde, au point que si jamais les étrangers nous prenaient au mot, quand nous parlons de nous-mêmes, de nos institutions, de nos personnalités marquantes, ils ne sauraient avoir de nous qu'une bien triste opinion. Nous sommes toujours prêts à admirer de confiance ce qui se passe chez le voisin, avec la même connaissance superficielle des choses que nous apportons à nous blaguer nous-mêmes. Drôles de gens, avouons-le !

Et pourtant, si l'on savait bien exactement ce qui s'y passe, chez ce voisin tant envié, que d'idées à modifier dans notre manière de voir ! Un bon poste d'observation, à ce point de vue, c'est un cabinet de rédaction de Revue médicale. Je n'entreprendrai point ici de vous raconter un voyage autour de ma chambre ; mais si quelques-uns de nos confrères, habitués à discourir avec abondance sur les tristesses de la situation médicale actuelle en France, sur la décadence de la notion morale parmi nous, sur les abus opératoires de nos chirurgiens, sur les horreurs qui se passent dans ces terribles cliniques ; s d'autres, portés à gémir avec plus de raison peut-être, sur l'avenir menaçant que nous font les

Sociétés de secours mutuels, sur les abus de la gratuité des soins médicaux, sur l'avilissement des honoraires par la lutte pour la vie, sur l'envahissement par les étrangers, sur l'augmentation exagérée du nombre des médecins; si tous ceux, en somme, qui, si facilement voient tout en noir dans notre existence actuelle, pouvaient venir faire une petite excursion, — avec un interprète tant soit peu polyglotte, toutefois — dans la Tour de Babel que représente la pile de journaux médicaux étrangers déposée chaque matin sur le bureau de la *Revue*, ils feraient peut-être là de curieuses constatations. Ils verraient les journaux américains consacrer de longues colonnes à déplorer les *Abuse of the medical Charity* et raconter des histoires de millionnaires soignés gratuitement à l'hôpital, qui semblent s'être passées chez nous; — des journaux anglais constater avec effroi l'augmentation insensée du nombre des médecins, sans rapport avec les besoins réels de la population, dans un pays où ni la loi militaire, ni le stupide baccalauréat ne peuvent servir d'explications à ce fait comme chez nous; — des journaux allemands signaler à la réprobation publique des charlatans quasiment officiels, des tenanciers de cliniques louches, des maladresses terribles de chirurgiens « inconscients » à la douzaine (1); — des journaux d'Italie avouer que dans certaines provinces le prix des visites est arrivé à tomber à 4 ou 5 sous, quand elles sont payées: — des journaux belges remplis presque entièrement par d'interminables luttes contre les sociétés de secours mutuels, les assurances contre les accidents, etc.: — des Russes se plaindre des guérisseurs qui se prévalent effrontément de hauts protecteurs parmi leur clientèle aristocratique; — des Roumains raconter des prouesses chirurgicales effrayantes et stigmatiser l'audace charlatanesque de certains opérateurs; — des Ecossais signaler des groupements de clients d'un même cabaret, formant de petites mutualités auxquelles le mastroquet assure les soins du médecin pour un franc par an; — les Canadiens se plaindre de l'encombrement, de l'envahissement par les médecins étrangers, sans pitié pour le conseil que donnait récemment M. Brouardel à nos médecins français en détresse, d'aller là-bas s'y créer des situations; — les Espagnols, les Portugais, les Brésiliens, les Danois, tous se plaindre, tous protester, tous souffrir de maux... qui sont les nôtres. Peut-être même apprendront-ils avec étonnement que sous beaucoup de rapports nous sommes certainement les moins mal partagés...

Alors, avec un peu de réflexion, peut-être comprendront-ils qu'il est inutile de s'en prendre toujours au gouvernement de la mévente des ordonnances comme du reste, et que la plupart de ces conditions nouvelles d'existence ont leurs raisons d'être dans des phénomènes beaucoup plus généraux qu'on ne le croit, indépendants, pour la plupart, des mœurs du pays et de son organisation intérieure. Ils verront que les causes générales à accuser se résument dans ce que d'autres — nos clients, par exemple, — regardent, à leur point de vue, comme le progrès. Les communications faciles ont supprimé les frontières et amené la pénétration réciproque des nationalités, donc l'encombrement; la diffusion de l'instruction, la prime aux intelligences, devenues les vraies aristocraties des sociétés modernes, ont créé l'envahissement des professions libérales et spécialement de celle qui parait, si à tort, d'ailleurs, toujours faire vivre son homme, la maladie et la souffrance étant un fonds qu'on pouvait regarder comme inépuisable; les progrès de l'hygiène ont supprimé ou diminué les maladies dans une proportion énorme, la chose est hors de doute; le développement formidable du journalisme et avec lui de la publicité sous toutes ses formes, a fait naître chez nous des mœurs charlatanesques spéciales; ajoutez à cela toutes les maladies spéciales de notre époque, qui n'ont épargné les individus dans aucune profession, pas même dans la nôtre, je veux dire le désir de parvenir rapidement, de jouir de suite, origines de tant de défaillances, de tant d'effronteries... Croyez-vous sincèrement qu'il y ait besoin de chercher ailleurs l'explication de la crise actuelle? Est-il vraiment bien nécessaire de descendre à des luttes de personnalités, à des critiques de systèmes locaux, pour savoir d'où vient le mal qui ronge parcillement le voisin alors que nos explications sont sans valeur pour lui?

Voyagez, vous dis-je; faites cette petite excursion salutaire: elle en vaut la peine. Elle délie les esprits comme les autres délient les jambes. Et au retour, je vous promets le cri du cœur de tout voyageur qui rentre au bercail: « On est encore mieux chez soi... »

R. Bl.

(1) Voyez (*Revue de thérapeutique*, 1er décembre 1896) l'observation analysée d'après le *Medical News* (22 août) et intitulée : *Rupture de l'utérus gravide, au cours d'un curettage maladroit; étranglement de l'intestin dans la cavité utérine; opération: guérison*. Ceci se passait en Amérique cinq mois avant l'affaire Boisleux.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des régimes alimentaires, par H. Gillet. (In-18. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1897.) — L'auteur estime que les prescriptions alimentaires méritent, de même que les prescriptions pharmaceutiques, d'être formulées d'une façon précise et non tracées d'une façon générale plus ou moins vague; c'est ce qui a amené l'auteur à adopter le titre de ce livre. Il étudie d'abord les régimes alimentaires en général, régime physiologique, qu'il classe suivant la prédominance du genre d'aliments : mixte, carné, végétarien; selon l'âge : nourrisson, enfant, adolescent, adulte, vieillard; selon la condition sociale : citadin, homme de sport, ouvrier, paysan, soldat, marin, religieux; selon les sexes : homme, femme enceinte, nourrice; selon les climats.

Après avoir donné la composition des principaux aliments, passé en revue leur mode d'administration, il aborde l'étude des régimes alimentaires à l'état de maladie. On y trouve une étude très documentée sur les régimes alimentaires hospitaliers des différents pays : France, Angleterre, Belgique, Russie. Puis l'auteur aborde les régimes spéciaux : régime lacté; régime végétarien; régime d'amaigrissement; régime d'engraissement; régime dans les fièvres et les infections; régime des chlorotiques; régime des anémiques; régime du scorbut, du purpura, de l'hémophilie; régime des diabétiques; régime des goutteux; régime des rachitiques; régime des néphrites; régime des graveleux; régime des albuminuries; régime des tuberculeux; régime des cardiaques; régime des migraineux, des neurasthéniques; régime des phosphaturiques; régime des maladies d'estomac : dyspeptiques, hyperpeptiques, hyperchlorhydriques, dilatés; régime dans l'ulcère rond et le cancer de l'estomac; régime des constipés, des hémorroïdaires, des diarrhéiques; régime dans les maladies du foie, des voies biliaires; régime dans les dermatoses.

Chacun de ces chapitres très succincts sont excessivement documentés. Ce petit volume, bien compris est facile à lire et le praticien y retrouve rapidement l'indication qui quelquefois échappe à sa mémoire. C'est bien le véritable *vade-mecum* nécessaire à ceux qui sont soucieux de l'alimentation rationnelle des malades. L'œuvre répond bien à son titre, c'est un bon *formulaire*.

A. Chassevant.

L'hygiène de l'obèse, par A. Proust et A. Mathieu. (Bibliothèque d'hygiène thérapeutique. Masson, Paris, 1897.) — Ce petit volume de 340 pages fait partie de la Bibliothèque d'hygiène thérapeutique dirigée par le Pr Proust.

L'obésité est des diverses maladies de la nutrition celle dont le traitement est le plus directement du ressort de l'hygiène.

La plupart des régimes sont basés sur le rationnement de l'alimentation en vue d'obtenir un amaigrissement rapide.

Ce volume n'est pas une nomenclature aride des divers principes d'hygiène auxquels on doit soumettre l'obèse; à côté des formules de régime on trouve la discussion raisonnée des principes sur lesquels reposent les méthodes décrites. Le médecin y trouvera de nombreux renseignements sur l'étiologie, la pathogénie de l'obésité; puis l'exposé des principaux régimes conseillés pour la cure des obèses. L'établissement de véritables prescriptions culinaires où se trouvent réunis de nombreux et précieux documents sur l'équivalence nutritive des principaux mets permis aux obèses. On y rencontre aussi de nombreux renseignements sur la manière de faire vivre le malade : le boire, le dormir, l'exercice, le repos, les vêtements sont tour à tour l'objet d'un chapitre spécial.

Ce petit volume, comme tous ceux de cette bibliothèque, répond bien au but que s'est tracé l'auteur. Ce sont de véritables *vade-mecum* indispensables aux praticiens.

A. Chassevant.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Prix de l'Académie de Médecine, décernés en 1898. (*Suite*)

Prix Huguier. 3,000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie. 5,000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laënnec. 500 francs. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix du baron Larrey. 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. 1,000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis. 4,000 francs. (Triennal.) — Question : *De la sérothérapie.*

Prix Mège. 900 francs. (Triennal.) — Question : *De l'asthme des foins.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). 2,600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. 1,500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle. 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Prix Nivet. 3,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

Prix Orfila. 2,000 francs. (Bisannuel.) — Question : *De la Coque du Levant et de la picrotoxine. — Thérapeutique et toxicologie.*

Prix Oulmont. 1,000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat. (Chirurgie.)

Prix Portal. 600 francs. (Annuel.) — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.*

Prix Pourat. 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Henri Roger. 2,500 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). (Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.)

Prix Saint-Léger. 1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saintour. 4,400 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 1,800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Tremblay. — 7,200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe, affection de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hopital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale.

Par le Dr R. Blondel,

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

(Note présentée à l'Académie de médecine, par M. le Pr Debove.)

J'ai été heureux de voir, par l'intéressante communication lue à la dernière séance de l'Académie de médecine et due à MM. Gilles de la Tourette et Chipault, que l'idée que j'avais émise il y a juste deux ans avait fait son chemin.

Dans une communication faite à la Société de thérapeutique (séance du 20 mars 1895) et publiée dans la *Revue de thérapeutique* (1), communication que les deux auteurs précités m'ont fait l'honneur de mentionner et qui d'ailleurs se trouve reproduite dans l'ouvrage classique de Erb, j'ai montré que l'on pouvait produire l'élongation de la moelle dans son canal, tout en se mettant à l'abri des dangers de la suspension, et cela par une manœuvre très simple et très inoffensive. Le sujet étant couché dans son lit, une forte courroie à boucle, genre ceinture de taille, est passée derrière ses épaules et de là sous ses genoux ou sous ses talons, selon sa corpulence et selon la longueur de ses jambes. On serre fortement et on maintient le sujet durant cinq minutes chaque jour dans cette position, en lui permettant au besoin de se coucher sur le côté pour respirer plus à l'aise. On obtient ainsi, par cette incurvation forcée de la colonne vertébrale, une élongation de l'axe rachidien, dont Bonuzzi a d'ailleurs fourni la preuve par des expériences directes sur le cadavre, et j'ajoutai que cette élongation devait porter surtout sur la circonférence la plus extérieure de l'arc, c'est-à-dire précisément sur les cordons postérieurs, siège des lésions de l'ataxie.

Si je rapporte avec quelques détails ces divers points de ma technique, c'est que la simple mention bibliographique donnée à propos de mon travail par MM. Gilles de la Tourette et Chipault, ne permet vraiment pas de se rendre un compte suffisamment exact du point où j'avais laissé la question quand ils l'ont reprise. J'ajouterai d'ailleurs qu'ils ont donné une démonstration anatomique très complète de ce que je n'avais avancé que comme une hypothèse, et qu'ils ont modifié un peu ma technique, en maintenant le malade les jambes allongées et en fléchissant le tronc sur les jambes, ce qui limite peut-être l'étendue de la flexion et doit gêner un peu plus les mouvements respiratoires, par une compression plus étendue de l'abdomen.

En faisant participer les jambes à la flexion, je crois que l'allongement de la moelle, tirée en haut par le cou et en bas par les sciatiques, devait être plus considérable ; d'autre part, en faisant écarter les jambes pour placer la tête entre les genoux, je laissais peut-

(1) *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er avril 1895.

être un peu plus de jeu à la paroi abdominale. Mais ce sont là des questions de détail, et la meilleure attitude sera celle qui donnera les meilleurs résultats. Le point essentiel à établir c'est que nous sommes partis du même principe et j'ajouterai que Erb, parmi les méthodes préconisées, a bien voulu donner dans son livre la préférence à la mienne (1). Elle a été, en tout cas, un progrès incontestable sur le fauteuil de Sprimon destiné, lui aussi, à produire mécaniquement l'élongation de la moelle (2).

Je ne puis que féliciter MM. Gilles de la Tourette et Chipault des résultats brillants qu'ils ont rapportés. Pour ma part, après deux très beaux et très rapides succès, j'ai eu trois échecs complets. J'ai dû alors abandonner le sujet, entraîné par d'autres études et je me suis complètement désintéressé de cette question depuis lors. Mais les cinq observations que j'ai pu recueillir à cette époque sont assez intéressantes pour que je profite de cette occasion de les faire connaître, car je crois qu'elles comportent en elles un certain enseignement.

Mon premier malade, celui dont je publiai l'observation, était un homme jeune, ancien syphilitique, venu me consulter pour une paralysie vésicale : les douleurs fulgurantes étaient prévues, guettées, et, presque dès leur début, elles furent soumises au traitement par l'élongation, qui réussit ici à merveille : dès la deuxième semaine les douleurs avaient disparu ; la paralysie vésicale aussi, mais elle était traitée en même temps par les instillations de nitrate d'argent. Le traitement ayant été interrompu, les douleurs reparurent et cessèrent à la reprise de l'élongation, cette fois d'une façon définitive. Ici l'action bienfaisante de la méthode fut évidente. Mais la marche du tabes ne fut influencée en rien, car j'ai revu le malade ces temps-ci, à l'occasion d'une paralysie fugace de la sixième paire.

Mes quatre autres observations sont inédites :

La deuxième malade fut une femme de 45 ans, au début de son tabes, chez qui les douleurs fulgurantes furent également arrêtées dès la deuxième semaine du traitement. Là, malheureusement, s'arrêta la série favorable. Le troisième malade fut un tabétique bien connu à Paris, M. M..., ingénieur, que nombre de médecins ont été appelés à soigner tour à tour, et que je vis avec le Dr Brochin en mai 1895 : chez lui, l'ataxie était déjà ancienne : les douleurs étaient atroces, tantôt fulgurantes, plus souvent dévorantes et donnaient au malheureux la sensation de brodequins douloureux ou de décortication de la peau. Pendant trois semaines M. M... se plaça chaque jour durant cinq minutes dans la position prescrite : comme il souffrait beaucoup, j'apportai une légère modification au procédé opératoire, en attirant par une première courroie ses genoux vers la tête de son lit et par une seconde les deux épaules vers le pied du lit. Aucun résultat, aucune amélioration ne répondit à notre persévérance. Le quatrième était un peintre connu, M. J..., que je soignai avec mon ami le Dr Morel-Lavallée : là également, ataxie déjà ancienne, incoordination des mouvements des jambes et douleurs fulgurantes. Echec complet. Enfin, dans le cinquième cas, chez une femme de 50 ans, à tabes évoluant lentement, avec atrophie de la papille, douleurs fulgurantes, mais peu d'incoordination, nous n'obtînmes rien encore.

De ces quelques observations, il m'a semblé se dégager déjà cette idée que la

(1) Erb. *Volkmanns Vorträge*. B. 150. 1896, p. 593. *Viel milder ist endlich die Methode von Blondel der die Gebeugten Knee des Kranken möglichet dem Hals annähern und hier täglich 5 Minuten festvalten lässt, unterstützt durch ein von Nocken durch die Kniekehlen geführtes Band.*

(2) Sprimon. *Mediciniskoe Obozrenie*, nº 8, 1893, et *ibidem*, 1889, nº 22.

méthode avait d'autant plus de chances de réussir qu'elle était appliquée plus tôt, dès la première apparition des douleurs. Il semblerait que l'élongation des cordons postérieurs, sans retarder en rien l'évolution du processus de sclérose qui les envahit, agisse surtout sur les tissus sclérosés jeunes, permettant ainsi qu'un des effets de cette sclérose au début ne se manifeste pas chez le malade. Quoi qu'il en soit, j'avoue que les douleurs installées depuis plusieurs années, accompagnées d'incoordination motrice, ont résisté tout particulièrement à ce traitement. C'est un peu à ces conclusions qu'arrivent de leur côté MM. Gilles de la Tourette et Chipault. Je ne crois donc pas que les quelques modifications de détail qu'ils ont apportées à ma technique soient la cause de leur plus belle série de succès, car, ainsi que je l'ai dit, l'élongation est peut-être plus étendue avec mon procédé qu'avec le leur. Le procédé que j'ai indiqué se recommande d'autre part par sa très grande simplicité : le malade peut très aisément s'appliquer sa courroie lui-même ou avec l'aide de quelqu'un de son entourage : il suffit de compter le nombre des crans de la courroie, pour apprécier comparativement le degré de resserrement, d'une séance à l'autre : l'adjonction d'un dynamomètre spécial ne me paraît donc pas absolument indispensable.

La méthode est-elle absolument inoffensive? J'ai eu un trop petit nombre de cas pour pouvoir me prononcer. MM. Gilles de la Tourette et Chipault, qui ont opéré sur un plus grand nombre de malades, n'ont pas observé d'accidents. Il est certain que nous sommes loin des dangers de la pendaison : mais, au risque de paraître timoré, et malgré cette statistique vierge de décès, je crois qu'il y a des cas où il faudra se montrer très prudent. Il y a d'abord les malades obèses ou cardiaques, sujets à la dyspnée, exposés à la syncope. Mais il y a un danger plus inattendu avec lequel il faudra compter : je veux parler de la fragilité du tissu osseux de certains tabétiques. Chez ces malades, exposés à ces fractures spontanées, à ces arthropathies spéciales bien connues aujourd'hui, il est possible qu'une incurvation trop prononcée amène un effondrement de la colonne vertébrale, avec toutes les conséquences funestes de la compression de la moelle; et ceci est d'autant plus à craindre que grâce à l'hypotonie musculaire qui leur est propre, les tabétiques sont capables d'extensions musculaires invraisemblables, comme Déjerine, Frankel et d'autres l'ont montré; enfin, leur sensibilité musculaire émoussée ne leur permet pas, comme aux sujets sains, d'être avertis à temps de l'exagération de l'angle obtenu. Ce n'est pas un dynamomètre qu'il faudrait, car celui-ci ne saurait mesurer que la résistance des muscles et des ligaments, mais un réactif de la résistance du tissu osseux du sujet au tassement, ce qui n'est pas la même chose.

En résumé, je crois que les tabétiques, au début de leur période de douleurs fulgurantes, peuvent s'adresser avec avantage à la méthode que j'ai indiquée ou à sa modification par M. Gilles de la Tourette. Je crois la mienne plus simple et capable de donner une élongation plus complète. Mais l'élongation extrême est-elle indispensable? La moelle du tabétique s'allonge-t-elle, à toutes les périodes du tabes, dans des proportions aussi considérables que celle des sujets sains, et peut-on demander à la méthode plus que l'assouplissement du tissu sclérosé à sa première période? D'autres symptômes que les douleurs fulgurantes et les troubles vésicaux seront-ils influencés par cette action toute locale sur les cordons postérieurs? C'est ce que je ne saurais dire et c'est ce que l'avenir apprendra. En attendant, je ne puis qu'applaudir aux recherches persévérantes de MM. Gilles de la Tourette et Chipault, qui leur ont permis de retirer de ma méthode plus de succès que je n'en ai obtenus moi-même, dans mon expérience très courte et très limitée d'ailleurs de cette thérapeutique spéciale.

Indications et contre-indications de la cure marine dans la tuberculose pulmonaire

Par le Dr Lalesque,

Ex-interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Société de Biologie.

Quoique de date bien ancienne, la cure climatique de la phtisie pulmonaire, loin de diminuer de valeur, prend de jour en jour une plus grande importance. Alors que les médications nouvelles annoncées à grand fracas ne vivent qu'un jour pour tomber dans l'oubli, la climathérapie, elle, quittant les inconnues de l'empirisme pour entrer dans le domaine vraiment scientifique de l'observation et de la classification, suit lentement, mais sûrement sa route.

Grâce à ses incessants progrès, la climathérapie pourra peut-être un jour formuler les indications et les contre-indications propres à chaque climat, mais nous n'en sommes pas encore là.

Nos connaissances actuelles ne nous permettent même pas d'affirmer qu'une tuberculose pulmonaire, d'un pronostic favorable, susceptible d'amélioration ou de guérison par la cure marine, ne se serait aussi bien trouvée de la montagne ou de la plaine et réciproquement.

Il existe très certainement un grand nombre de malades pour lesquels, l'un quelconque de ces climats, judicieusement mis en usage, donnera d'excellents résultats. De même que dans d'autres circonstances tout climat échouera à coup sûr.

S'il est impossible de formuler, pour tous les cas et pour tous les climats, des lois positives, donnant à l'indication du climat une rigueur scientifique, au moins pouvons-nous, après les longs développements dans lesquels nous sommes entrés, donner quelques principes généraux sur les indications et les contre-indications propres à la cure marine.

Les indications et les contre-indications de la climathérapie marine peuvent se déduire : *des symptômes, de l'état des lésions, de la forme clinique, des complications.* Toutes ces catégories n'ont assurément pas la même importance et ne sont surtout pas très isolables, sur le terrain de la clinique ; mais l'étude analytique de chacune d'elles concourt à donner des idées plus précises sur ce sujet si complexe.

A. **Symptômes.** — La *fièvre* n'est, en aucun cas, une contre-indication à la cure marine, quoique Hérard, Cornil et Hanot aient pu dire, à propos des voyages en mer, cet

idéal de la cure marine, qu'ils sont contraires aux malades fébricitants. Lindsay est d'un avis différent. Grancher et Hutinel reconnaissent que les malades « sujets aux fluxions et à la fièvre se trouvent bien d'un climat tempéré, d'un air plutôt mou que sec, sans cependant être véritablement humide ». Telles sont les conditions climatologiques du littoral atlantique. (L'auteur donne ici la résultante des nombreux graphiques qui ont fait l'objet du chapitre ayant pour titre : *Action symptomatique.*)

Rappelons simplement que d'après ces documents, la cure marine, loin d'être une contre-indication en cas de fièvre, est bien plus particulièrement indiquée.

La fièvre de suppuration, mieux que la fièvre de tuberculisation, est une indication favorable à la cure atlantique.

Toux. Expectoration. — La toux sèche, quinteuse avec expectoration pénible, est une indication de la cure marine, non qu'il faille conserver l'ancienne formule : climats secs pour les sécrétions bronchiques abondantes, climats humides pour les sécrétions bronchiques rares. Sous cet énoncé, l'idée est fausse, car souvent une abondante sécrétion bronchique se tarit à bord, par exemple, où l'air est saturé d'humidité. Mais l'idée est juste, en ce sens qu'un climat à état hygrométrique élevé, tel que le climat atlantique, facilite rapidement l'expectoration, dont il diminue la viscosité. Cette action, toute mécanique, est vraie parce qu'elle ne souffre que peu ou pas d'exceptions.

La cure d'air à état hygrométrique élevé, sans augmenter la sécrétion, facilite l'expulsion des produits sécrétés. Aussi s'adresse-t-elle aux tuberculoses chroniques à expectoration difficultueuse.

L'*hémoptysie*, dans bien des cas, fonction symptomatique de la phtisie pulmonaire, est une indication des plus favorables de la cure atlantique. Il ne saurait, bien entendu, être ici question de l'hémoptysie ulcéreuse. Nous n'entendons parler que de l'hémoptysie liée à l'hyperémie prétuberculeuse, quel que soit d'ailleurs le mécanisme de cette hyperémie, origine de l'hémoptysie de la première et de la seconde période.

Corroborant ces données de mécanique circulatoire, j'ai étudié, dans le chapitre *Action symptomatique*, l'action du climat marin, dans vingt-quatre cas de tuberculose pulmonaire hémoptoïque, et démontré les effets positifs de la cure marine contre les crachements de sang. Grâce à cette cure, à de très rares exceptions, l'hémoptysie s'améliore, puis guérit.

B. **Etat des lésions pulmonaires.** — La période anatomique des lésions peut-elle fournir des indications ou contre-indications ? Oui, mais à vrai dire, les données qui en découlent sont généralement d'ordre secondaire. Encore faut-il se bien pénétrer de ceci, que l'étendue des lésions importe plus que leur âge. Une caverne isolée, enkystée, est autrement moins grave et offre d'autres ressources à la climathérapie, que la conglomération rapide et totale d'un poumon, par exemple.

Dans aucune maladie, les signes prémonitoires n'ont une importance plus évidente, et l'on ne saurait trop répéter que le changement de climat devrait avoir lieu au moment précis où le succès est une question de certitude. Dans les cas de menace, au début, on choisira entre le traitement par l'altitude ou par les voyages sur mer, « tous deux donnant des guérisons définitives » (Lindsay).

L'actif de la climathérapie marine est brillant, en tant que prophylaxie. Elle donne les succès les plus notables chez les prédisposés pulmonaires, et chez ceux dont les pou-

mons respirent insuffisamment à raison des reliquats pleuro-pulmonaires récents ou déjà vieux; nous l'avons vu dans le chapitre : *Action prophylactique.*

La période de début ou période de germination est ensuite la mieux indiquée pour la cure marine. Mais, hélas! combien peu de malades sont appelés à bénéficier de la tendance curative naturelle de ce premier envahissement tuberculeux, soit faute d'un diagnostic précoce, soit faute pour le malade, si peu atteint, si loin de toute pensée de maladie, de n'avoir tenu compte d'un avis trop souvent qualifié de pessimiste.

Cette période est la période de choix, car à ce moment la thérapeutique est souvent toute puissante pour arrêter l'évolution du processus tuberculeux (Grancher). Aussi, la cure marine est-elle essentiellement indiquée à ce moment-là et offre-t-elle les plus grandes chances de succès.

La cure marine est indiquée aux trois périodes anatomiques, mais avec lésions *circonscrites.* Les lésions *étendues* offrent moins de chance de succès. Et encore y a-t-il lieu de tenir le plus grand compte du terrain sur lequel elles évoluent.

Arrivées à certaines limites, les lésions de la seconde et surtout de la troisième période sont une contre-indication à la cure marine, non que celle-ci les aggrave, elle leur est indifférente; mais le résultat à espérer ne compense ni les fatigues, ni les soucis d'un déplacement.

La climathérapie marine, pas plus que la climathérapie d'altitude, ne saurait prétendre à ne poursuivre que la guérison définitive de la phtisie pulmonaire. Dans la majorité des cas, soit à raison de la forme de la maladie, soit à raison de la mise en pratique trop tardive de la cure, il faut savoir se contenter d'un résultat plus modeste, tel qu'une trêve de la maladie.

Pas n'est besoin d'avoir longtemps vécu au milieu des phtisiques, pour savoir que ces trêves sont possibles à toutes les périodes de l'évolution bacillaire, même à la période caverneuse et de consomption. Ces trêves sont d'ordinaire « l'œuvre de la nature » (Marfan), mais elles sont favorisées et obtenues plus souvent encore par l'intervention de la cure marine : trêves manifestes, trêves durables comme il ressort de nos observations cliniques.

Si donc la période prétuberculeuse d'une part, les étapes de germination et d'infiltration d'autre part, fournissent une indication précise, cette indication reste indécise pour la deuxième période, et ne saurait se transformer en une contre-indication générale et formelle, pour la période d'excavation.

C. **Formes cliniques.** — Des trois grandes modalités cliniques de la phtisie pulmonaire, *forme chronique ulcéreuse commune*, *forme pneumonique* ou *pneumonie caséeuse*, *forme miliaire aiguë* ou *granulie*, la première est celle qui convient le mieux à la cure marine.

Mais encore, pour préciser les indications de cette climathérapie, faut-il tenir le plus grand compte du terrain sur lequel évolue cette forme chronique commune. Car l'évolution clinique de la maladie naît autant du terrain envahi, que de l'intensité de l'infection.

Aussi dans bon nombre de cas, de l'étude de ce terrain découle l'indication, quant au choix d'un climat. « Les constitutions éréthiques, sans résistance, supportent mal le climat de montagne, surtout à basse température, et ont de meilleures chances de modifications dans les localités basses et ensoleillées. » (Weber.) De même, disent Grancher et

Hutinel, « parmi les phtisiques, il est des sujets nerveux, impressionnables, à réactions vives, qui sont sujets aux fluxions et à la fièvre; a ceux-là, un climat très chaud et un air vif seraient extrêmement nuisibles, il leur faut un climat tempéré, un air plutôt mou que sec, sans cependant être véritablement humide. »

Ces constitutions sont justiciables de la cure marine atlantique. La phtisie éréthique en est l'indication la plus précise, que cet éréthisme se manifeste par des poussées aiguës de bronchite, de congestion ou de pneumonie, ou bien par des phénomènes d'ordre général. Le climat marin, à effets sédatifs, convient par excellence à cette modalité constitutionnelle de la phtisie commune.

Dans cette forme commune, à marche lente, entrecoupée d'épisodes aigus, le malade peut et doit être déplacé même en état de crise. Mais s'il s'agit de cette variété qui « brûle les étapes » ou *phtisie galopante*, mieux vaut attendre une période d'accalmie pour soumettre le tuberculeux à la climathérapie marine. En effet, tant qu'il ne se produit pas un temps d'arrêt, la maladie doit être jugée absolument incurable, et rien n'est à espérer du climat marin pas plus que de tout autre. Mais qu'une accalmie survienne, et la cure climatique doit être tentée, la cure marine de préférence à toute autre.

Car, et c'est là sa supériorité dans l'espèce, l'action sédative du climat marin s'exerce sans demander aucun effort à l'organisme, qui n'a qu'à subir passivement les efforts physiologiques du milieu : effets sédatifs et toniques, comme nous l'avons longuement démontré. Et ces malades épuisés par les infections, par la fièvre hectique, par une fonte rapide du parenchyme pulmonaire, n'ont à redouter aucune excitation. Ils ont au contraire l'apaisement, la sédation a espérer.

En revanche, malgré ses propriétés toniques, l'air sédatif du littoral Sud-Ouest ne convient pas aux phtisies torpides, à ces formes très lentes, stationnaires, évoluant chez des individus mous, phlegmatiques. Le séjour dans la forêt du littoral atlantique leur est interdit.

Cette contre-indication formulée par G. Hameau reste vraie. Toutefois, dans quelques cas, rares à la vérité, l'habitat sur les bords du bassin d'Arcachon peut pallier, mais pallier seulement cette contre-indication.

Une exception formelle doit être faite à cette loi. Elle est relative à une forme torpide de la phtisie scrofuleuse, forme spéciale, sans contredit, mais unanimement admise, évoluant très lentement, avec un état général satisfaisant sur des sujets encore assez excitables et porteurs depuis l'enfance de manifestations scrofulo-tuberculeuses, telles que lupus, adénites suppurées, etc. Cette forme torpide retire les plus réels avantages de la cure marine au littoral du Sud-Ouest.

La pneumonie caséeuse (phtisie aiguë pneumonique), à début nettement défini avec forte fièvre, avec hépatisation d'étendue variable, selon la phase de son évolution, est une indication ou une contre-indication à la cure marine : la dégénérescence s'y produit souvent avec rapidité, l'hépatisation se ramollissant pour former des cavernes.

Tant que la maladie évolue rapidement et d'une façon continue, la cure marine est contre-indiquée.

Mais certains malades se remettent d'une façon inattendue. Le processus ulcéreux subit un arrêt plus ou moins complet. Alors, si peu encourageant que puisse paraître le cas, la question de climat se pose. Les stations marines humides sont les plus propices, la prépondérance de leur action sédative tendant à prolonger cette période de calme.

Dans ce cas d'ailleurs, la cure marine ne saurait promettre que des effets palliatifs.

Quant à la tuberculose miliaire aiguë, sous quelque forme qu'elle se présente, elle ne saurait être justiciable de la climathérapie marine.

Tout au plus, si la granulie à forme thoracique s'amende et passe à l'état chronique, on pourra songer à la cure d'air du littoral Sud-Ouest. Là encore, et avec moins d'espérances que pour la forme pneumonique, ne saurait-on demander que des effets palliatifs.

D. **Complications.** — Les complications de la phtisie commune les plus directement liées aux indications et contre-indications de la cure marine, sont celles qui se rattachent aux lésions du larynx et de l'intestin.

Le *catarrhe laryngé simple*, tout comme la *trachéo-bronchite catarrhale simple* inflammatoire, accompagnant et complétant la phtisie pulmonaire constituent des indications de la cure atlantique. Ces manifestations vulgaires greffées sur la tuberculose, sont les premières à s'amender, puis à disparaître sous l'influence du climat marin. Sur elles se font surtout sentir les effets de préservation de ce climat.

Quant à l'ulcération laryngée, s'il est vrai qu'elle soit souvent le commencement de la fin, il est non moins vrai qu'on la rencontre parfois, alors que les poumons sont peu envahis, et l'état général encore satisfaisant. En ce cas, le séjour des plages chaudes et humides peut rendre les douleurs supportables (Weber). La liquéfaction des crachats, la diminution de leur viscosité, est un des premiers résultats de la climathérapie marine, nous l'avons déjà exposé. Aussi les quintes de toux, si douloureuses au cas d'ulcération laryngée, sont-elles diminuées de fréquence, et sont-elles autrement efficaces pour débarrasser le larynx de ses produits de sécrétion.

Dans ces conditions, la phtisie laryngée, au début, est très heureusement amendée par la cure marine. En aucun cas, sauf aux périodes ultimes, elle ne saurait être une contre-indication formelle.

L'état de l'intestin fournit également indications et contre-indications à la cure atlantique. Et là, il y a lieu de distinguer.

Certes, l'*ulcération tuberculeuse de l'intestin* rend presque nulle toute tentative climathérapique. Mais encore faut-il tenir compte de l'étendue des lésions, de leur durée, des troubles généraux auxquels elles ont donné lieu, pour en déduire soit une indication, soit une contre-indication. Car la cure marine est sans action directe sur elles, elle ne leur est ni bonne, ni mauvaise, elle leur est indifférente.

En est-il de même au cas de *diarrhée chronique* liée à un catarrhe gastro-intestinal? Nullement, car le catarrhe guérit souvent et rapidement aussi bien à la mer qu'à l'altitude.

Nous avons déjà étudié l'hémoptysie, en tant que symptôme et recherché sa manière d'être en climathérapie marine. Aussi bien pourrait-on considérer l'hémoptysie comme une complication. La distinction importe peu. Ce qu'il nous faut rappeler, la démonstration en ayant été faite précédemment, c'est que la cure marine, mitigée par la cure forestière, donne les meilleurs résultats contre l'hémoptysie (1).

(1) *Gazette des Eaux*, 22 avril 1897.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 12 Mai 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

La Société désigne comme délégué au Congrès international de pharmacie (août 1897, à Bruxelles), M. Adrian, ancien président de la Société.

A l'occasion du procès-verbal, M. Mathieu fait part des résultats de ses recherches concernant les *rapports qui existent entre la néphroptose et l'entérite muco-membraneuse*. Ces deux affections sont fréquentes, elles coïncident souvent chez le même malade, aussi la Société pourrait-elle trouver quelque intérêt à discuter ce côté spécial de la pathologie abdominale. Depuis longtemps, les publications de Glénard ont attiré l'attention de l'orateur, aussi ne manque-t-il pas, en présence d'un dyspeptique, de rechercher les ptoses viscérales : les recherches ont même porté sur *toutes les malades* de son service; on sait que les affections de ce genre sont surtout fréquentes chez la femme. M. Mathieu a trouvé que sur trois cents patientes *non dyspeptiques*, la proportion des néphroptoses était, de une sur cinq malades examinées à ce point de vue: n'étaient considérés comme reins mobiles que ceux dont la moitié au moins de l'organe était accessible à la palpation. Comme toujours, le rein droit s'est trouvé beaucoup plus souvent déplacé que le rein gauche. Quand les femmes examinées étaient atteintes de *dyspepsie*, la proportion montait à un sur trois ou même deux : quand enfin existait de l'entérite muco-membraneuse, la proportion s'est élevée à trois sur quatre. Chez cette dernière catégorie de malades, la ptose est souvent complète, car on peut dans beaucoup de cas placer le pouce *au-dessus* du rebord supérieur du rein : la coexistence de la néphroptose devient la règle, l'absence de déplacement du rein l'exception. En présence d'une constatation de ce genre, le devoir du clinicien est de se demander s'il existe un rapport entre ces deux affections, et si ce rapport présente un intérêt pathogénique ou thérapeutique. M. Mathieu n'hésite pas à se prononcer pour l'affirmative : pour arriver à concevoir clairement la filiation symptomatique, il faut en premier lieu se rappeler qu'une prédisposition particulière, un état de nervosisme localisé à l'abdomen est nécessaire. L'hydronéphrose intermittente, qu'on pourrait croire indispensable pour expliquer les crises douloureuses qui s'observent si fréquemment chez ces malades, est une complication rare : la proportion est de quatre cas sur cent malades. Même si on la recherche en pleine crise, on ne la trouve pas le plus souvent. Il est bien plus simple d'admettre que le rein mobile tiraille, en vertu de sa chute, les terminaisons nerveuses du hile, d'où irritation des plexus nerveux et exagération réflexe des phénomènes dyspeptiques : le côlon devient douloureux, il s'enflamme, les fausses membranes se détachent et la lumière du canal se rétrécit spasmodiquement (*corde colique* de Glénard). Cet état d'hyperesthésie suivi de contracture exerce une fâcheuse influence sur l'entérite muco-membraneuse : si cette dernière affection n'est pas créée par un état pathologique de ce genre, du moins doit-on admettre qu'elle est entretenue et exaspérée dans ces conditions. De cette interprétation des faits cliniques découle la méthode thérapeutique : il faut, avant toutes choses, soumettre les malades au repos complet; l'horizontalité prolongée provoque en effet une amélio-

ration très grande. Les résultats sont pratiquement les mêmes que ceux qu'on obtient avec la néphropexie ou le port d'une ceinture bien faite : l'entérite muco-membraneuse s'améliore alors même sans qu'on la traite directement.

M. Bardet insiste sur le rôle capital de l'élément nerveux dans l'entérite muco-membraneuse. Il cite un fait récemment publié, concernant une malade chez laquelle avait été fait le diagnostic de rein mobile : la néphropexie proposée fut acceptée, mais on s'aperçut, au cours de l'opération, que le rein n'était pas mobile et qu'il s'agissait d'une tumeur stercorale. On décida de ne pas apprendre à la malade que le rein n'avait subi aucune intervention chirurgicale : deux mois plus tard, la malade était entièrement guérie de son entérite.

M. Mathieu reconnait que la plupart des malades de cette catégorie sont des névropathes. La néphroptose n'est douloureuse que chez les névropathes. En résumé, on a affaire à des névrosées chez lesquelles la ptose provoque une localisation abdominale de troubles nerveux auparavant généralisés au système nerveux tout entier.

M. Bardet présente un travail dû au Dr Cartier, médecin de 1re classe de la marine, sur *le traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de bichlorure de mercure*. L'auteur considère que les injections intra-musculaires doivent devenir le traitement de choix de la syphilis, car la quantité de mercure introduite est ainsi strictement déterminée. Le sublimé est préférable aux autres préparations à cause de sa solubilité : on peut commencer avec des dose de 5 centigrammes par injection tous les huit jours, chez les hommes du moins.

M. Bardet lit une note de M. Adrian concernant *la digitaline et la digitoxine*. Il ressort de ce travail que la *digitaline de Nativelle* est bien un corps défini, et non, comme le veut Schmiedeberg, un mélange d'un principe très toxique, la *digitoxine*, et d'une substance inerte. Cette digitoxine soi-disant plus toxique que le produit français, est cependant étiquetée par un catalogue comme *i 'entique* à la digitaline chloroformique cristallisée française.

M. Courtade présente un abaisse-langue muni d'un levier supportant un croissant recouvert de caoutchouc. Ce croissant s'applique sur le maxillaire inférieur, en-dessous du menton : de cette façon la langue et la mâchoire sont maintenus immobiles entre les deux branches de l'instrument, et le maxillaire suit les mouvements imprimés à l'abaisse-langue : on peut ainsi placer facilement le malade dans la position permettant un bon éclairage de la gorge.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

La sérothérapie et le sublimé corrosif dans la diphtérie, par Dazio. (*Giornale internazionale delle Scienze mediche*, fasc. 6, p. 211, 1897.) — Tout en reconnaissant les grands avantages de la sérothérapie, Dazio est d'avis que l'on ne doit pas renoncer au traitement local, notamment aux badigeonnages faits avec une solution de sublimé. Avec un pinceau fait de plumes de poulet et stérilisé dans l'eau bouillante, Dazio fait les badigeonnages qu'il renouvelle toutes les quatre heures, jour et nuit, en ayant toujours soin de ne faire manger ou boire le malade qu'une demi-heure au moins après le badigeonnage, de façon à permettre l'absorption *loco dolenti* du sublimé qui a été déposé sur la muqueuse. La solution employée par lui est la suivante :

Sublimé corrosif.....	20	centigr.
Alcool.....	6	grammes,
Eau distillée.....	40	—

C'est donc une solution à 5 0.00.

Aucun phénomène d'intoxication n'a été relevé chez les malades traités de cette façon.

Tous les cas de diphtérie traités par ce moyen, en l'espace de douze ans, ont été suivis de guérison.

L'angine scarlatineuse est tributaire du même traitement.

G. Lyon.

Du tubage chez les diphtériques traités par le sérum. (*Wratch*, n° 14, 1897.) — Finkelstein formule à ce sujet les conclusions que voici :

1° Le tubage a sur la trachéotomie les avantages suivants : la facilité de la manœuvre, la rareté des complications, la conservation de la voie naturelle pour le passage de l'air, la possibilité d'expectorer les fausses membranes (surtout dans la sérothérapie); la rareté des escarres, l'impossibilité d'hémorragies consécutives ; l'absence de toutes les complications d'une opération sanglante; l'absence d'une cicatrice cutanée.

Il ne faut pas pratiquer le tubage dans les cas suivants :

1° Dans les cas anciens;

2° Dans les affections de l'appareil bronchopulmonaire;

3° Dans les formes putrides avec [illegible]rose;

4° Chez des enfants débilités;

5° Enfin dans les cas où les soins [illegible]mes au malade ne peuvent être considérés [illegible]me suffisants.

Mais dans les cas de ce genre il [illegible] peu probable que la trachéotomie donne [illegible] résultats positifs.

[illegible]ART.

De l'ichtyol dans la variole. ([illegible] n° 13, 1897.) — Kolbassenko eut recou[illegible] l'ichtyol dans dix-huit cas; sur ces dix-hu[illegible] ont été observés à l'hôpital et c'est de[illegible] seulement que l'auteur parle. Quan[illegible] autres huit cas ils se rapportent à des mal[illegible] ville; et quoique l'ichtyol ait évidemme[illegible] une action favorable, l'auteur n'en tie[illegible] grand compte vu l'impossibilité de les surv[illegible] près. Sur les dix cas observés à l'hôpi[illegible] entrés avec des symptômes très n[illegible] septicémie ont succombé, les autres on[illegible] L'âge de ces derniers malades variait ent[illegible] ans.

L'ichtyol était employé de la fac[illegible] : dès l'apparition des papules jusqu[illegible] rison complète, toutes les régions attein[illegible] les cas de variole confluente, toute la [illegible]ace du corps) étaient badigeonnées trois [illegible] jour avec une pommade composée ains[illegible] suit :

Ichtyol.....	3	[illegible]mes.
Lanoline.....	20	—
Huile d'amandes douces..	60	—

On peut aussi employer comme [illegible]pient la

vaseline avec 8 0/0 d'ichtyol. Le traitement se complete par des badigeonnages pratiqués deux fois par jour avec un mélange à parties égales de lanoline et d'huile d'eucalyptus pendant la période fébrile, c'est-à-dire avant la formation des papules.

Voici ce qu'on a observé à la suite de ce traitement :

1° Le prurit qui accompagne l'éruption des papules et des foyers suppurés est très peu prononcé; la douleur dans les régions malades est très faible ou bien complètement absente;

2° La température à la période de la suppuration s'élève relativement très peu (39°,5);

3° La suppuration est nettement limitée (probablement par suite des propriétés antiseptiques de l'ichtyol;

4° La durée de période de la dessiccation est diminuée de trois à quatre jours, c'est-à-dire de presque la moitié;

5° Dans huit cas de variole grave où le traitement avait été commencé dès le début de la maladie on n'a observé ni inflammation suppurée de la peau, ni en général aucune tendance à la septicémie;

6° Les badigeonnages avec la pommade indiquée plus haut sont très bien supportés, même par les enfants, sans qu'on note le moindre accident.

Ajoutons qu'en outre des badigeonnages l'auteur a administré aux malades à l'intérieur du chlorhydrate de quinine à très petites doses, du vin généreux et une grande quantité d'eau boriquée à 1 0/00 édulcorée avec un sirop quelconque.

B. Taft.

Traitement du tétanos par le bain local au biiodure de mercure; guérison. (*Lancet*, 10 avril 1897.) — M. Blaker (Sussex County Hospital) communique le résultat suivant, le premier où le traitement du tétanos par l'immersion dans un bain au biiodure de mercure a été essayé. M. Celli (*Archivio italiano di Pediatrica*, 1894) a déja fait part d'une observation de tétanos aigu traité avec succès par des injections hypodermiques de sublimé. M. Blaker a préféré le biiodure de mercure au sublimé, qui présente l'inconvénient de précipiter en présence de l'albumine et d'être plus difficilement absorbé.

Le malade est un jeune homme de 15 ans, entré à l'hôpital pour hémorragie secondaire à la suite d'une plaie à la main reçue dans une chute sur du verre cassé, quelques jours auparavant. La plaie est située au-dessus de l'arcade palmaire superficielle, il n'y a ni inflammation ni symptômes de cicatrisation. Les tendons et les nerfs sont intacts. Un pansement antiseptique simple est appliqué. Deux jours plus tard il y a élévation de température, nouvelle hémorragie arrêtée par la compression, et légère suppuration. Le neuvième jour après les premiers accidents le malade se plaint de rigidité des muscles du cou et du dos, avec impossibilité d'ouvrir la bouche. La plaie est largement ouverte, la main et l'avant-bras sont plongés à demeure dans un bain composé de solution de biiodure de mercure au 1/500. A l'intérieur, 75 centigrammes d'hydrate de chloral sont administrés toutes les quatre heures. Le lendemain le malade a un accès d'opisthotonos accompagné de vomissements, de trismus, rire sardonique et de mouvements cloniques de la face. Le chloral est remplacé par la teinture d'opium.

On a voulu employer l'antitoxine du tétanos, mais on n'a pu l'avoir qu'après un délai de quarante-huit heures, quand la gravité des symptômes avait déjà diminué. Aucune réaction n'a suivi les deux injections hypodermiques essayées. Il est donc difficile de délimiter la part qu'a eue l'antitoxine dans la guérison.

Ce n'est qu'au bout de quatre jours de bain biioduré que des signes de gingivite et de salivation légère se présentèrent et ces symptômes cédèrent après cessation du bain pendant trente-six heures. Les faces dorsale et palmaire de la main portent des phlyctènes après trente-six heures d'immersion.

On continue les bains biiodurés pendant trois semaines, de une à deux heures par jour. Ils sont supportés sans reproduction d'aucun symptôme mercuriel.

L'administration du bain a été suivie de soulagement rapide et d'amélioration des symptômes dans les premières vingt heures de son emploi. Le malade est parti complètement guéri huit semaines après son entrée à l'hôpital.

Une injection hypodermique de biiodure pourrait être essayée si la situation de la plaie ne comportait pas le bain.

M. D.

Contribution au diagnostic et au traitement de l'actinomycose, par Dandois. (*Revue médicale de Louvain*, 31 mars 1897.) — Un malade présentant les symptômes d'une infection tuberculeuse à marche rapide, fut amené à l'auteur par le Dr Mœrs; en dépit de tous les symptômes généraux, l'exploration du thorax restait muette. le Dr Mœrs avait constaté dans le bas-ventre une tumeur sur la nature de laquelle il désirait être fixé. Le diagnostic restait indécis; la tumeur n'occupait pas la place habituelle des abcès de la fosse iliaque, elle était nettement sé-

parée de l'os coxal et de l'arcade de Fallope; elle ne présentait pas de fluctuation, symptôme si évident et si net des abcès ossifluents. L'intervention chirurgicale a permis d'établir le diagnostic d'actinomycose, le bistouri amena une certaine quantité de matière puriforme contenant les grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose.

A la suite de cette intervention qui n'eut pas de suite fâcheuse, on prescrivit au malade 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Cette médication n'eut aucun effet, on a alors eu recours à des injections sous-cutanées d'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes: mais on dut les suspendre parce qu'elles étaient trop pénibles pour le malade. La médication iodurée fut suspendue pendant un mois, puis reprise à la dose quotidienne de 10 grammes.

L'amélioration se dessina d'une façon remarquable, la tumeur fondait comme par enchantement, deux mois plus tard il ne restait pour ainsi dire plus trace de tumeur.

L'intervention chirurgicale a permis d'établir le diagnostic précoce et d'établir le traitement à temps.

A. Chassevant.

Traitement pharmaceutique de la peste bubonique (*Medicina*, nos 4 et 5, 1897.) — Pour satisfaire aux principales indications thérapeutiques de la peste bubonique telles que: évacuation du canal gastro-intestinal, maintien des fonctions rénale et cutanée, stimulation du cœur et du système nerveux, désinfection des bubons, Gourine propose une série de prescriptions dont voici quelques-unes :

1° *Prophylaxie :*

Salicylate de soude...	10 grammes.
Sulfate de quinine....	2 à 3 —

Pour quarante paquets : deux à trois paquets par jour.

2° Evacuation et désinfection du canal gastro-intestinal :

Calomel.....	30 à 40 centigr.
Salol.....	20 à 30 —

ou bien :

Huile de ricin.....	15 à 30 grammes.
Salol ou benzonaphtol.	30 centigr.

3° *Antithermiques :*

Phénacétine.....	4 grammes.
Salicylate de caféine et de soude.....	2 gr. 5 à 5 gr.

Pour douze paquets : de un à trois paquets par jour.

4° Lotions pour bubons :

Acide salicylique... } Acide borique..... }	àà 1 à 2 grammes.
Phénol	1 à 3 —
Alcool ..... } Eau distillée..... }	àà 30 —

Pour douze à trente lotions.

5° Injections dans les régions entourant les bubons;

Iodoforme.....	30 à 50 centigr.
Salol.....	50 —
Phénol.....	10 à 50 —
Glycérine	2 grammes.
Eau distillée.....	10 —

Injecter, après avoir agité, plusieurs seringues dans la journée en l'espace de quelques heures.

B. Taft.

Traitement du typhus récurrent par le bleu de méthylène. (*Wratch*, n° 13, 1897.) — Nefedeff a fait à ce sujet une communication à la Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg. Il eut recours au bleu de méthylène médicinal de Merck qu'il employa à doses de 10 à 15 grammes en vingt-quatre heures. Ce médicament fut expérimenté dans quatre cas de typhus récurrent. Les résultats obtenus ne sont pas, somme toute, bien encourageants. Dans aucun cas on n'est arrivé à diminuer la durée de la deuxième attaque (le médicament étant administré dès le début de la récidive); mieux que cela : la durée de la récidive fut plus longue chez les malades traités (cinq jours et demi) que chez les sujets non traités (trois jours).

En outre on a observé pendant le traitement un certain nombre d'accidents. Ainsi dans un cas après trois jours de médication, il est survenu une forte diarrhée accompagnée d'affaiblissement considérable de l'activité cardiaque. Le même accident fut noté chez un autre malade. Dans deux autres cas, pendant tout le temps de la médication, les malades présentèrent d'intenses vomissements; enfin dans un cas on a noté la présence d'albumine dans les urines.

Toutes les complications doivent être attribuées, d'après Nefedeff, au bleu de méthylène et il en donne la raison suivante: les vomissements ainsi que la diarrhée disparaissaient, sans qu'on employât aucun médicament destiné à les arrêter, par la simple suspension du traitement.

B. Taft.

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Un cas d'intoxication massive par l'oxyde de carbone traité par la saignée et l'injection massive de sérum de Hayem, par VIENNE et TROUCHAUD. (*Nord médical*, 15 avril 1897.) — Un jeune enfant pénétrant dans une chambre close où un incendie s'était déclaré, les matelas d'un lit brûlaient sans flammes, perdit connaissance et tomba bientôt dans un état comateux, caractérisé par une pâleur extrême de la face, du ronflement, un pouls défaillant extrêmement petit. La respiration est irrégulière.

Evidemment il s'agit d'une asphyxie par l'oxyde de carbone, nombre de globules rouges sont supprimés fonctionnellement.

Ils enlèvent alors 70 grammes de sang environ. Le pouls redevient large et régulier. On continue les inhalations d'oxygène qui ont été faites dès le début.

Ils injectent du sérum artificiel suivant la formule d'Hayem ($NaCl$ 7 grammes, Na^2SO^4 7 grammes, eau 1000). D'abord 20 centimètres cubes sous la peau ; 300 grammes en tout, toujours par la voie sous-cutanée. Après une demi-heure d'attente l'enfant reprend sa connaissance.

Il est difficile d'attribuer à chacun des divers agents thérapeutiques leur action réellement curative.

Les injections d'éther et de caféine qui ont été faites aussitôt l'arrivée du médecin ont fait gagner du temps et permis de faire respirer efficacement l'oxygène. La saignée a soustrait une portion du toxique, le sérum artificiel par son action tonique et stimulante s'est manifesté par l'absence presque complète de suites et la résurrection du malade.

A. CHASSEVANT.

Le traitement de Tallerman-Sheffield au moyen d'un appareil à air chaud, dans les affections rhumatismales. (*The Montreal med. Journal*, mars 1897.) — STEWART et REILLY ont appliqué l'appareil de Tallerman (V. cette Revue, p. 721, 1896) au traitement de plusieurs cas de rhumatisme subaigu et chronique. En dehors des résultats locaux, les auteurs font ressortir l'amélioration de l'état général que tous les malades ont présentée. Le cas le plus intéressant concerne un jeune homme de 22 ans atteint d'arthrite blennorrhagique du genou droit, et traité uniquement avec l'air chaud : au bout de la troisième séance dans l'appareil, le malade, auparavant incapable de se tenir debout, pouvait marcher. Au vingtième bain, tous les mouvements sont récupérés, les douleurs ont entièrement disparu et le genou reste un peu épaissi.

Les autres cas, ainsi que les remarques dont leur relation est accompagnée, ne présentent rien de particulier à signaler.

E. VOGT.

Traitement des intoxications par les haloïdes et leurs sels. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — Après avoir décrit une série d'expériences très variées faites sur des chiens, GOURINE donne des indications pratiques pour le traitement des individus intoxiqués par les haloïdes.

Il divise tous les cas en deux catégories :

1° Les intoxications où les haloïdes se traitent encore à la surface dans les cavités abordables ; 2° les intoxications où le poison a pénétré déjà dans les tissus et les sucs de l'organisme.

A la première catégorie se rapportent les cas où les haloïdes se trouvent : sur le tégument entouré intact, sur la surface de plaies ou d'ulcères et enfin dans l'estomac, l'intestin, la vessie, le vagin, l'utérus, la cavité du péritoine, de la plèvre, de kystes ou de fistules.

Dans la deuxième catégorie il faut placer les cas où les poisons haloïdes ont déjà pénétré, comme nous l'avons dit, dans les tissus de l'organisme ou du moins se trouvent sous la peau, ayant été introduits par une injection par exemple.

Si les haloïdes se trouvent sur la surface cutanée il faut les enlever très rapidement mais aussi d'une façon très délicate. Les lavages à l'eau ou avec des solutions d'antidotes, comme par exemple les carbonates ou le sulfate de soude sont indiqués.

Si le poison se trouve dans les cavités, le mieux c'est de faire des lavages avec les antidotes chimiques (nous dirons plus loin lesquels) en se servant de sondes ou de cathéters.

Dans les cas où le poison se trouve dans l'estomac ou l'intestin, il faut administrer immédiatement des albumines sous une forme quelconque : lait, blanc d'œuf, pain blanc mouillé, gélatine dissoute et de la magnésie, du tanin, etc. L'aniline, l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré étant toxiqués sont contre-indiqués.

Pour les lavages de l'estomac ou de toute

autre cavité il faut employer les solutions suivantes :

Sulfate de soude....	2 à 20	grammes.
Bicarbonate de soude.	4 à 20	—
Eau distillée.....	200 à 100	—

comme antidote dans les intoxications par l'iode, le brome et le chlore.

Saccharure de chaux.	2 à 6	grammes.
Eau distillée.....	200	—

particulierement contre les sels de chlore on dosera la quantité de l'antidote correspondant à celle du poison absorbé.

Si les malades se plaignent de douleurs on leur donnera de l'opium et de la cocaïne dont voici une formule :

Teinture d'opium simple.	2	grammes.
Arseniate de cocaïne.....	1	—
Alcool.....	40	—

Vingt à trente gouttes.

En outre on emploiera les astringents, le tanin et toutes les substances qui en contiennent. Si les haloïdes ont déjà pénétré dans le torrent circulatoire il faut immédiatement recourir aux alcalis carbonatés. On donnera d'abord une grande quantité d'eau. Quant à l'introduction des antidotes le meilleur moyen c'est de les introduire dans l'intestin. Ce n'est que dans les cas urgents qu'on se décidera à des injections sous-cutanées et enfin à des injections intra-veineuses dans des cas tout à fait désespérés. Pour les injections sous-cutanées ou intra-veineuses on se servira de solutions sodiques carbonate, bicarbonate, etc.) à 2 0/0-5 0/0. Ajoutons que dans les cas d'injection intra-veineuse il faudra veiller à ce que le liquide s'écoule très lentement car la pénétration de l'antidote détermine de très intenses douleurs.

B. Taft.

Utilisation de la voie stomacale et de la saignée dans le lavage du sang. (*Société de médecine de Toulouse*, 22 avril 1897.) — M. Maurel, outre la voie veineuse et hypodermique, demande que l'on n'oublie pas le tube digestif pour les larges absorptions de sérum artificiel. La voie est moins rapide mais non moins sûre et l'action diurétique est non moins efficace. C'est la réhabilitation des anciennes tisanes. La saignée préalable a également de nombreux avantages : une partie des poisons dont l'élimination ne se fait plus par les émonctoires ordinaires sont retirés du sang et la dilution de celui-ci par l'arrivée du nouveau sérum est un facteur important d'amélioration, la nocivite des solutions toxiques étant en raison directe d'une saturation : enfin l'hyperleucocytose consécutive est un élément précieux de défense antimicrobienne.

R. Blondel.

Des bons effets de l'hématocatharsis dans un cas de broncho-pneumonie grippale. (*Nouveau Montpellier médical*, VI, 1897.) — M. Houel publie une intéressante observation de broncho-pneumonie grave, arrivée au huitième jour de son évolution, avec T. 39°, pouls imperceptible, délire, et dans laquelle l'injection sous-cutanée d'une dose de 250 centimètres cubes d'eau salée stérilisée (7/1000) sous chacune des deux régions scapulaires, — le traitement par les grogs, le café noir et la quinine étant d'ailleurs continué — a amené un résultat remarquable et très rapide : expectoration avantageusement modifiée, diminution des râles, suppression de la dyspnée, pouls ramené à 100, T. 37°,8. Une nouvelle injection de 500 grammes faite le surlendemain a fait entrer la malade en franche convalescence.

R. Blondel.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Valeur chirurgicale de la ponction lombaire. (*Vingt-sixième Congrès de la Société allemande de chirurgie*, 1897.) — M. Braun est d'avis que la ponction lombaire est avant tout un excellent moyen de diagnostic pour les renseignements bactériologiques, surtout en ce qui concerne la méningite tuberculeuse : cinq fois sur sept cas il a trouvé le bacille de Koch. Quant à sa valeur comme intervention, elle n'a pas donné jusqu'à ce jour de preuves suffisantes. M. Garré (de Rostock) croit cependant que cette opération peut rendre des services dans les cas de méningite séreuse.

Aug. Benoit.

Torsion du rectum par le procédé de Gersuny. (*Vingt-sixième Congrès allemand de chirurgie*, 1897.) — Ce procédé consiste à remplacer le sphincter sacrifié dans l'extirpation du rectum par un rétrécissement par torsion de l'extrémité inférieure du rectum après sa section au-dessus du néoplasme. On attire pour cela le

segment restant à 2 ou 3 centimètres plus bas que le sacrum et on le tord jusqu'à ce que le doigt rencontre une certaine résistance. Il faut alors réunir l'orifice à la peau par une suture à deux étages. M. Gersuny conseille même d'y joindre la fixation de cette torsion par quelques points extérieurs sur la tunique musculaire. Au bout de quelque temps, une nouvelle ampoule se forme au-dessus d'un orifice presque régulièrement circulaire. M. Riedel attribue à la traction de la peau sur le rectum amputé l'incontinence alvine fréquente. En effet, il parvint à guérir totalement l'un de ces opérés en mobilisant simplement le bout du rectum par une incision demi-circulaire sur la cicatrice de l'opération primitive.

Aug. Benoit.

Guérison radicale du cancer épithélial, par S. Cerny et C. Trunecek (de Prague). (In *Semaine médicale*, 5 mai 1897.) — L'arsenic est un des médicaments les plus anciennement employés contre le cancer; l'alcool a fait l'objet d'essais récents, qui n'ont pas donné tout ce qu'on en espérait. C'est au mélange d'acide arsénieux et d'alcool qu'il appartenait de donner les résultats surprenants que l'on va lire. La formule employée pour le moment par les auteurs est la suivante :

Acide arsénieux pulvérisé..	1 gramme.
Alcool éthylique..... }	
Eau distillée..... }	ââ 75 —

Ce mélange arsenico-alcoolique jouit de la propriété de provoquer une réaction du tissu cancéreux, à l'exclusion des tissus sains, qui réagissent par inflammation simple. Cette réaction se produit en présence du sang frais. Prenons un cancer épithélial de la face par exemple : On fait un badigeonnage avec un pinceau ordinaire sur toute la surface du cancer. On laisse évaporer et on supprime tout pansement; ailleurs on panserait à plat. Il survient un peu de douleur dans les heures suivantes et il se forme dès le lendemain une escarre jaunâtre qui noircira de plus en plus, à la condition de renouveler les badigeonnages tous les jours. L'escarre augmente d'épaisseur et finit par s'éliminer, par détachement des bords au niveau des tissus sains. La plaie bourgeonne ensuite comme une plaie ordinaire et la régénération de la peau se fait, avec des dépressions plus ou moins profondes, suivant l'extension du néoplasme. Si on agit assez près du début, les résultats sont tels qu'il ne demeure plus trace de la lésion; des photographies publiées par les auteurs avant et après l'opération, en témoignent. Au sein, la réaction du tissu cancéreux a été la même, mais ils n'ont pu obtenir que la régression de certains néoplasmes squirrheux, et non une guérison radicale.

Sur les ganglions, la mixture est aussi sans effet. Lorsque la croûte est devenue très épaisse, on peut sans crainte employer une solution plus fortement titrée. On prendra : Acide arsénieux pulvérisé 1 gramme; alcool éthylique et eau distillée ââ 40 grammes. U. E.

Lorsqu'il ne se forme plus de croûte, c'est qu'on a dépassé les limites du tissu néoplasique et l'on n'a plus qu'à panser les ulcères comme les plaies bourgeonnantes ordinaires et appliquer sur les bords de la vaseline boriquée à 1/10, afin d'éviter une cicatrice. Après un an d'essais, les auteurs se croient en possession d'un topique spécifique donnant des résultats supérieurs à ceux du bistouri dans la cure radicale du cancer superficiel et pouvant servir de palliatif dans d'autres néoplasmes, en même temps qu'on peut y trouver la base de formules nouvelles s'appliquant aux néoplasmes des autres organes.

Aug. Benoit.

Traitement des tumeurs malignes par l'injection de toxines de l'érysipèle, par Henry Butlin. (*British med. Journ*, 30 janvier 1897.) — Ses expériences n'ont donné aucun résultat appréciable; le traitement n'est pas sans danger, ainsi que l'a montré M. Shield. Cette méthode avait les allures d'un procédé scientifique, et l'auteur est d'autant plus ennuyé de ces résultats peu encourageants que le Dr Coley a eu l'amabilité de lui fournir les toxines et de l'aider dans l'application du traitement.

Il ressort de cette note que le traitement des tumeurs malignes par les toxines est inefficace et même dangereux pour la vie du malade.

A. Chassevant.

Traitement des fractures compliquées du crâne. (*Archives russes de chirurgie*, n° 5, 1896.) — Potrienko eut à intervenir dans cinq cas de fracture du crâne. Le traitement employé dans ces cas fut le suivant : dans le premier cas, désinfection de la plaie au deuxième pansement; dans le deuxième et le troisième cas, désinfection faible (solution boriquée à 2 0/0); dans le quatrième et le cinquième cas, désinfection plus énergique (acide phénique à 3 0/0). En outre, dans tous ces cas on avait enlevé les fragments osseux implantés dans le cerveau.

Résultat obtenu : mort dans les trois premiers cas; guérison dans les deux autres.

En se basant sur ces cas personnels ainsi que sur l'étude de la bibliographie médicale se rap-

portant à la question, l'auteur arrive à cette conclusion qu'il est nécessaire d'intervenir plus énergiquement, notamment : 1° recourir à une antisepsie plus rigoureuse, par exemple aux solutions de sublimé à 1 pour 2000 ou bien à l'acide phénique à 3 0/0; 2° enlever les fragments osseux; 3° laisser en place les dépressions peu considérables; 4° élargir la plaie cutanée pour pouvoir faire une désinfection complète.

B. Taft.

Traitement des fractures transversales de la rotule. (*Wratch*, n° 7, 1897.) — Yakokleff, après avoir décrit trois cas de fracture transversale de la rotule où l'intervention chirurgicale avait donné d'excellents résultats, formule les deux conclusions suivantes :

1° A l'heure actuelle les fractures transversales de la rotule doivent être traitées par l'ouverture de l'articulation, le nettoyage de cette cavité et l'application d'une suture osseuse sur les fragments;

2° Tous les autres procédés ne permettent pas d'atteindre le but principal du traitement : le rétablissement des fonctions *ad integrum*.

B. Taft.

Baume du Pérou et huile de ricin comme topiques pour les plaies : revue d'ensemble concernant vingt-neuf mille cas. (*Société médicale du Comté de New-York*, 15 mars 1897.) — Gallant a eu l'occasion, en neuf ans, de traiter vingt-neuf mille cas chirurgicaux avec un pansement à la gaze imbibée d'un mélange de cent parties d'huile de ricin pour cinq à six de baume du Pérou : cette méthode s'oppose à la fermeture trop rapide des plaies, favorise l'absorption des sécrétions par la gaze et active la formation des granulations et la contraction des plaies profondes.

Les brûlures ont été saupoudrées avec du sous-iodure de bismuth : par-dessus, un pansement à l'huile de ricin et au baume du Pérou : on obtient ainsi des cicatrices souples et peu étendues. De larges cavités (abcès incisés) diminuent de volume avec une rapidité surprenante sous l'influence de ce pansement.

En résumé, le pansement préconisé par l'auteur est très absorbant, sans qu'il détermine pour cela du dessèchement des plaies : il ne provoque jamais d'eczéma ou d'irritation quelconque. Il suffira de faire deux, tout au plus trois pansements par semaine, le topique huileux rend inutile toute irrigation et toute désinfection. L'huile de ricin dissolvant jusqu'à 6 0/0 de baume du Pérou, est préférable à l'huile d'olives qui n'en dissout que 1/2 à 1 0/0. La méthode a été adoptée dans un dispensaire, par nécessité, les malades n'étant pas dans une condition sociale qui pouvait faire espérer des soins antiseptiques sérieux : les succès obtenus ont déterminé l'auteur à en faire une méthode de choix.

E. Vogt.

De la valeur du jus de citron dans le traitement des plaies. (*Therap. Monatshefte*, avril 1897.) — Müller a essayé de cautériser avec du jus de citron pur une plaie qui résistait depuis plusieurs mois à tous les traitements : il s'agissait d'une plaie de la jambe au niveau d'un trait de fracture, chez un homme de 67 ans.

L'auteur fit deux cautérisations par jour et recouvrit la plaie d'une compresse imbibée d'une solution aqueuse de jus de citron au vingtième. Au bout de peu de jours, les douleurs locales disparurent, la plaie se mit à granuler énergiquement, et la cicatrisation complète fut obtenue en moins de deux mois.

L'auteur, enhardi par ce succès, traite actuellement toutes les plaies par ce moyen : il le recommande tout spécialement à l'attention des chirurgiens.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Sur le traitement des maladies du cœur, par de Renzi. (*Rivista clinica et terapeutica*, n° 1, p. 11, 1897.) — Pas de traitement actif à la période de compensation; les malades doivent seulement observer les règles hygiéniques consistant dans le repos relatif, une alimentation choisie, dont le lait doit faire partie, l'abstention de l'alcool, du tabac, etc. La méthode de traitement d'Œrtel consistant dans la marche sur des terrains inclinés n'est applicable qu'aux cas d'adipose cardiaque.

Lorsque les œdèmes surviennent, que le cœur faiblit, il faut administrer la digitale en infusion ou macération, suivant les règles bien connues. De Renzi préconise encore la teinture de strophantus à la dose de cinq gouttes, trois fois par jour,

Il prescrit la spartéine dans les cas d'arythmie, à la dose de 2 à 10 centigrammes par jour, par pilules de 2 centigrammes.

La caféine, la strychnine seront administrées en injections hypodermiques.

Pour régulariser la circulation dans les cardiopathies on a eu recours à deux moyens : 1° le renforcement de l'action du cœur ; 2° la diminution des obstacles. Pour répondre à la seconde indication on a surtout employé la saignée dont l'utilité est incontestable chez les individus vigoureux, chez qui le cœur bat avec force alors que le pouls est à peine perceptible.

Toutefois on peut obtenir un résultat analogue avec un autre moyen que la saignée ; on peut diminuer la masse du sang, sans recourir à la saignée, en prescrivant une alimentation insuffisante, par exemple une petite quantité de lait, comme unique nourriture journalière. Le malade, pendant quelques jours chaque mois, prendra un litre à un litre et demi de lait (de préférence du lait d'ânesse). Il est certain qu'il est préférable de réduire la masse du sang en diminuant seulement la quantité du sérum et non celle des globules, de l'hémoglobine.

Un des symptômes des cardiopathies les plus pénibles pour les malades est la dyspnée. Celle-ci peut reconnaître des origines diverses, elle peut avoir une origine mécanique ou bien être de cause toxique.

Chez les artério-scléreux, c'est cette dernière cause qu'il faut incriminer habituellement ; le rein est devenu insuffisant et les ptomaïnes, les toxines introduites avec l'alimentation sont incomplètement éliminées. Dans ces cas le régime lacté vient souvent à bout de la dypnée.

On a recommandé surtout les iodures contre la dypsnée cardiaque, l'iodure régularise la circulation en dilatant les vaisseaux périphériques.

De Renzi prescrit l'iodure de la façon suivante :

Iodure de potassium..	40	grammes.
Eau.....	400	—

Une cuillerée à café matin et soir, dans de l'eau. Un autre bon moyen est l'iodure d'éthyle, employé à la dose de dix gouttes, chaque fois, en inhalations.

De Renzi recommande encore la teinture de Quebracho :

Teinture de Quebracho.	2	grammes.
Emulsion gommeuse..	120	—

Si à la dyspnée s'ajoute une excitabilité nerveuse caractérisée par l'agitation, l'insommie, on associe le bromure à l'iodure :

Iodure de potassium.	àà 20	grammes.
Bromure de —		
Eau.....	400	—

Une cuillerée à café, dans de l'eau, trois fois par jour.

Contre la dypsnée très intense, la pyridine fraîchement préparée réussit fort bien. On en verse une cuillerée à café sur une assiette, et le malade respire les vapeurs qui se répandent dans la chambre.

Quand les œdèmes surviennent, on doit employer les remèdes cardiaques : digitale, strophantus, etc., et les purgatifs, des diurétiques.

La caféine est un excellent diurétique ; il en est de même de la théobromine (à la dose de 2, 3, 4, 5 grammes pendant quelques jours).

Le calomel est encore un diurétique très énergique. De Renzi donne deux à trois paquets de 20 centigrammes de calomel par jour ; il faut surveiller avec grand soin la bouche, car la stomatite survient fréquemment. Toujours à titre de diurétique on peut employer la lactose à la dose de 50 à 100 grammes par jour ; on en peut prendre de deux à quatre paquets par jour, chaque paquet (de 25 grammes) dans un verre de lait.

On a recommandé récemment l'urée. Contre le cardiospasme, l'angine de poitrine il faut employer la trinitrine en injections ou en solution, la nitrite d'amyle (avec prudence) à la dose de deux à six gouttes pour une inhalation.

Les œdèmes considérables exigent la ponction faite avec les précautions antiseptiques de rigueur.

G. Lyon.

Le poumon et l'opothérapie, par Grande. (*Riforma me 'ica*, n° 33, p. 391, 1897.) — Chez un malade atteint de tuberculose au second degré, avec fièvre, Grande a eu l'idée d'administrer le poumon en nature à la dose d'un demi-kilogramme par jour, puis il s'est servi de poumon desséché et administré en pilules, à la dose de 4 à 5 grammes. Le traitement a été poursuivi pendant cinq mois ; sous son influence la toux est tombée, l'expectoration est devenue muqueuse et les bacilles sont devenus très rares dans les crachats ; les râles humides ont diminué et la matité s'est atténuée ; enfin le poids du corps s'est élevé de 52 kil. 700 à 59 kilogrammes.

Des expériences de contrôle ont été instituées par l'auteur. Le 7 novembre 1896 il a inoculé trois cobayes avec des crachats de tuberculeux ; l'un des animaux, qui était destiné à servir de témoin, est mort au bout de trente-trois jours, avec des lésions de tuberculose dans le poumon, le foie et la rate.

Les deux autres cobayes ont été traités par la poudre de poumon, soumise à l'ébullition dans l'eau distillée, puis filtrée. Ces deux cobayes, trois mois après l'inoculation, étaient en vie et ne présentaient aucun signe de tuberculose.

G. Lyon.

L'ichtyol dans la tuberculose pulmonaire. (*Therap. Wochenschrift*, 11 avril 1897.) — Frænkel (de Lemberg) a essayé l'ichtyol dans trente cas de tuberculose : aucune autre médication ne fut utilisée en cours de traitement chez ces malades.

La première modification observée a été la diminution de la toux, même dans des cas avancés. On constate ensuite que l'expectoration subit des modifications profondes, car elle diminue et perd son caractère purulent. Les sueurs nocturnes ne disparurent entièrement que dans une partie des cas, chez les autres elles diminuèrent d'intensité.

L'amélioration de l'état général est si marquée que les malades demandent à continuer la médication malgré le mauvais goût du remède. L'auscultation démontre que les phénomènes de catarrhe et de congestion éprouvent une répulsion marquée : à la percussion, on ne trouve pas, après un traitement de trois mois, par exemple, de modification dans les zones de matité.

On débutera par 2 grammes par jour, à prendre en quatre fois : au bout d'une semaine, on prescrira des doses de 3 à 4 grammes par jour.

La formule de l'auteur est la suivante :

Ichtyol pur ..... } àà 10 grammes.
Eau distillée ..... }

Vingt à quarante gouttes quatre fois par jour.

On peut aromatiser la solution avec quelques gouttes d'essence de menthe poivrée.

On donnera les gouttes dans un verre d'eau, immédiatement avant le repas.

L'impression de l'auteur, après trois mois d'expérience, est que l'ichtyol agit bien plus énergiquement que la créosote : la période d'expérimentation est encore trop courte pour permettre de décider si l'emploi de l'ichtyol peut provoquer des guérisons définitives.

E. Vogt.

Le traitement de l'empyème par un tube à valve, par W. Menzies-Hutton. (*Lancet*, 6 février 1897.) — L'auteur propose de substituer au tube de drainage simple, que l'on place dans l'empyème pour drainer la plaie, un tube muni d'une soupape disposée de façon à permettre la sortie des liquides et empêcher la rentrée de l'air pendant l'inspiration. L'emploi de ce tube à valve donne d'excellents résultats et ses avantages sur le simple drain s'expliquent d'eux-mêmes à l'user.

A. Chassevant.

Maladies du système nerveux.

Dr R. Sémelaigne

Ancien interne des hôpitaux.

Deux cas de névralgie grave du trijumeau. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 15 avril 1897.) — Popper (de Posen) constate que les antinévralgiques ne peuvent rien, à la longue, contre la névralgie *vraie* du trijumeau, qui ne cède pas ou récidive sans cesse, et peut persécuter le malade sans s'atténuer jusqu'à un âge avancé. La chirurgie seule peut ici intervenir efficacement, mais l'auteur pense que dans quelques cas nettement définis on peut espérer obtenir un résultat sans recourir au bistouri.

Dans un cas de névralgie du nerf sous-orbitaire, extrêmement rebelle et douloureuse, l'auteur injecta, au niveau du trou sous-orbitaire, en un point très limité où la pression provoquait des crises violentes, trois divisions de la seringue de Pravaz, d'une solution d'acide osmique à 1 0/0. L'injection provoqua un accès, qui fut combattu par une application galvanique de quatre minutes de durée (anode sur le point d'émergence du nerf, courant de 2 milliampères). Ce traitement fut continué tous les deux jours (cinq injections en tout). Immédiatement après la première intervention se développa de l'anesthésie dans la région du nerf sous-orbitaire : après la seconde, les douleurs nocturnes, auparavant rebelles à toute médication, disparurent : après la troisième, les douleurs diurnes devinrent moins marquées à leur tour et le malade put parler sans souffrances, ce qu'il n'avait pu faire depuis plus d'un an. Une semaine plus tard, la mastication, impossible depuis longtemps, s'effectua sans difficulté, et au bout de dix jours on obtint la guérison complète d'un mal qui avait donné au patient des idées de suicide.

Dans un autre cas, le nerf lingual droit présentait une névralgie avec douleur maximum à la pression sur un point précis situé entre la base de la langue et l'arcade maxillaire. Ici, le traitement à l'acide osmique n'était pas utilisable : on se contenta du courant galvanique (anode de 1 centimètre carré, courant de 2 milliampères). Au bout de dix jours de ce traitement le malade était complètement guéri.

Les deux cas de l'auteur ressortissaient indubitablement à la névrite périphérique, ainsi que la douleur localisée, l'absence de troubles cérébraux et de généralisation aux autres branches du trijumeau le démontraient. L'injection d'acide osmique a provoqué, dans le nerf malade, des

modifications *durables* : pour l'autre cas, la galvanisation a produit un effet décongestif qui a permis à l'exsudat, existant probablement au point où le nerf lingual quitte le tronc maxillaire inférieur, de se résorber. Dans le premier cas, la galvanisation a empêché que l'injection d'acide osmique ne produisit un gonflement préjudiciable à la guérison rapide.

E. Vogt.

Le procédé de Frenkel dans le traitement de l'ataxie. (*Revue de neurologie russe*, n° 12, 1896.) — En se basant sur ses observations concernant 5 malades chez lesquels le procédé de Frenkel a donné des résultats en somme satisfaisants, Kalinine formule les conclusions suivantes :

1° Le procédé de Frenkel permet dans une certaine mesure de diminuer l'impotence du malade dont l'état général est bon; grâce au traitement, la marche devient notablement meilleure.

2° Le sens du mouvement et de la position du membre, ainsi que la sensibilité cutanée ne subissent aucune modification par le fait du traitement, mais le signe de Romberg devient moins net.

3° La durée du traitement est en rapport avec la gravité de la maladie, mais, en tout cas, elle ne saurait être moindre d'un mois.

4° L'interruption du traitement par des intervalles de deux à trois semaines ne comporte aucune suite fâcheuse.

5° Le traitement sera fait avec précaution, car les exercices un peu prolongés exaspèrent parfois les douleurs fulgurantes.

B. Taft.

Traitement des hernies du cerveau. (*Wratch*, n° 11, 1897.) — Lyssenkoff, dans un travail très substantiel arrive à formuler les conclusions suivantes au sujet du traitement des hernies du cerveau :

1° Etant donné que les hernies congénitales du cerveau doivent être considérées comme de véritables tumeurs tératologiques, non seulement on peut mais l'on doit les enlever au même titre que toute autre néoformation; ni le volume de la tumeur ni des considérations concernant sa forme ne peuvent constituer une contre-indication de l'opération;

2° La véritable exencéphalie, constituant un véritable vice de développement du cerveau et du crâne, est une contre-indication formelle;

3° Etant donnée l'inutilité de tout autre procédé, le traitement radical des hernies cérébrales congénitales doit consister en la résection complète de la tumeur; cette résection sera faite de la même façon que toute autre résection d'une néoformation cérébrale;

3° L'opération doit être suivie, autant que possible, de fermeture ostéoplastique;

4° Cette fermeture à l'aide d'un lambeau cutanéo-périostique est parfaitement possible, même chez des enfants âgés de quelques jours, à la condition toutefois qu'il s'agisse de la variété antérieure des hernies cérébrales;

5° La terminaison fatale résulte, dans l'immense majorité des cas, de complications accidentelles, particulièrement d'une infection putride et non pas de l'opération elle-même; c'est pour cela qu'il faut espérer que le chiffre de la mortalité baissera beaucoup dans l'avenir lorsque le procédé opératoire sera perfectionné, particulièrement avec une large application de la fermeture ostéoplastique.

B. Taft.

Traitement de l'hémiplégie par l'électricité. (*Wratch*, n° 13, 1897.) — Le procédé employé par Seletzky est le suivant : On galvanise d'abord la tête dans une direction oblique, c'est-à-dire que la cathode est placée sur l'hémisphère malade et l'anode sur l'occiput. Ensuite la main du malade est placée dans un vase rempli d'eau et en communication avec l'anode, la cathode restant toujours placée sur l'occiput. La jambe est galvanisée de la même façon. Le résultat obtenu sur trois malades par ce traitement est très favorable.

Déjà après les premières séances on peut constater une amélioration : les malades marchent mieux, les contractions diminuent ou même disparaissent complètement.

Les courants employés sont *faibles;* c'est une recommandation importante, car si l'on a recours à des courants plus forts, non seulement on n'obtient pas d'amélioration, mais encore l'état du malade empire.

Si l'on emploie la faradisation on doit recommander aux malades d'aider en quelque sorte au mouvement qu'on veut provoquer, par exemple de soulever le bras lorsqu'on exécute le deltoïde.

Chez ses trois malades l'auteur a obtenu le rétablissement des mouvements volontaires dans plusieurs muscles des extrémités supérieures et inférieures, bien que le traitement fût commencé assez tard : dans l'un quatre mois, dans l'autre sept mois et dans la troisième quatorze mois après l'attaque. Aucun de ces malades ne pouvait exécuter de mouvements volontaires avant le traitement. C'est d'autant plus important qu'avec les anciens procédés on n'obtient pas ordinairement le rétablissement

des mouvements volontaires dans les muscles où ils n'ont pas apparu quatre mois après l'attaque.

B. Taft.

Traitement au lit des aliénés. (*Thérapeutique russe*, n° 3, 1897.) — Le Pr Bechbereff tout en approuvant le traitement au lit dans un grand nombre de maladies mentales, met en garde contre l'application trop générale de ce procédé. D'après lui, il n'existe pas encore à l'heure qu'il est d'indications bien nettes pour ce traitement; cependant on peut dès maintenant affirmer qu'il convient aux trois catégories suivantes d'aliénés: 1° aux inquiets ou violents; 2° aux abattus; 3° aux faibles et épuisés.

B. Taft.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Ex-président de la Société française d'ophtalmologie.

Traitement de l'ophtalmie granuleuse par le gaïacol associé à la glycérine, par le Dr Bentéjac (de Marseille). (*La Clinique ophtalmologique*, mars 1897). — L'auteur a expérimenté ce traitement depuis un an, sur tous les granuleux de sa clinique et il en conclut que tous les malades qui ont eu la patience de le suivre pendant quelques jours ont ressenti une amélioration plus ou moins grande. Ce moyen lui paraît supérieur à l'emploi des caustiques ordinaires, par son action puissamment congestive des tissus, par son innocuité, ainsi que par le peu de douleur qu'il provoque. C'est en recherchant les propriétés anesthésiques du gaïacol sur l'œil, chez des granuleux atteints de pannus cornéen, qu'il a pu constater l'amélioration que ce médicament associé à la glycérine apportait dans leur état, dans la proportion de 1 à 2 0/0 et en badigeonnages. Les sécrétions muco-purulentes diminuent et disparaissent, et avec elles les ulcères superficiels miroitants ou infiltrés de la cornée qui sont sous la dépendance du catarrhe. Les pannus s'atténuent et disparaissent en un ou deux mois de traitement, s'ils sont tant soit peu épais. On fait un ou deux badigeonnages par jour, ou bien un badigeonnage le matin et le soir une instillation comme collyre. L'action irritante exercée par ce mélange sur la conjonctive, détermine une activité circulatoire, qui agit directement sur l'agent infectieux et sur ses toxines. La granulation ne tarde pas à se vasculariser et à se confondre avec le tissu conjonctival. Les caustiques agissent de la même façon; mais leur action chimique destructive en fait redouter le contact avec les ulcères cornéens; crainte qui n'existe pas avec le gaïacol en solution faible dans la glycérine, avec laquelle on peut impunément toucher les cornées les plus malades.

Kopff.

Une nouvelle méthode de traitement du trachome, par le Dr Lacompte. (*Revue médicale de Louvain*, février 1897.) — La nouveauté de cette méthode consiste, après avoir pratiqué soigneusement le raclage de la surface de la muqueuse malade, sans entamer cette muqueuse, de remplacer le sublimé, pour les frictions de la surface dénudée, par le nitrate d'argent en solution à 6 ou 7 0/0, passée deux ou trois fois avec un pinceau. L'auteur laisse la solution agir pendant dix à quinze secondes, puis il neutralise l'excès de sel argentique par une solution de chlorhydrate de cocaïne à 3 0/0, qui d'autre part insensibilise la muqueuse cautérisée. Il applique ensuite un bandeau contentif pendant une heure et comme les douleurs sont assez vives pendant quelques heures, il continue l'instillation de cocaïne. La muqueuse est couverte d'une espèce de couenne blanc jaunâtre qui tombe au bout de quelques jours, pendant lesquels il tient l'œil propre, à l'aide de l'eau boriquée et introduit entre les paupières, deux fois par jour, un peu d'antipyrine, qui agit comme antiseptique et astringent pour aider à la chute de la couenne. C'est alors qu'il commence les cautérisations journalières au sulfate de cuivre, jusqu'à la guérison complète qui arrive au bout de cinq à six semaines, alors qu'avec le sublimé elle demande cinq à six mois et quelquefois davantage. L'auteur a appliqué son procédé à plus de deux cents sujets et il a toujours obtenu des résultats excellents.

Kopff.

Traitement du trachome par l'iode. (*Wratch*, n° 13, 1897.) — Pylkoff a employé l'iode presque exclusivement dans les cas déjà anciens au nombre de 45. Dans 39 cas il a obtenu de bons résultats; dans les 7 autres cas le traitement a échoué (dans 5 cas il y a eu récidive et dans 2 cas, quoique le trachome fût guéri, il a laissé des traces profondes sous forme de cicatrices très évidentes sur toute la longueur de la conjonctive).

Les solutions employées étaient de 1 1/2 à 3 0/0. Des solutions plus concentrées non seulement ne présentent aucun avantage, mais encore sont nuisibles en ce sens qu'elles déterminent une irritation qui force soit à suspendre

le traitement pour un certain temps, soit à recourir à des moyens qui diminuent cette irritation. Ainsi dans 2 cas où l'auteur a employé une solution à 4 0/0 il vit se produire une complication du côté de la cornée absolument saine avant le traitement sous forme d'une kératite superficielle. Il se contentait donc dans la majorité des cas de badigeonnages quotidiens avec une solution dont la concentration ne dépassait jamais 2 0/0; il n'employait des solutions plus concentrées que chez des malades déjà habitués à ces badigeonnages.

En se basant sur ces observations l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Le procédé de Nesnamoff ne présente pas d'avantages particuliers, comme rapidité d'action sur le processus morbide, sur les autres moyens pharmaceutiques habituellement employés; il est inférieur et de beaucoup au procédé chirurgical ainsi qu'aux procédés combinés :

2° Les badigeonnages avec des solutions d'iode et de vaseline sont en général supportées assez bien par les malades si toutefois ces solutions ne sont pas trop concentrées ;

3° Les solutions très concentrées (en commençant par celles à 3 0/0) déterminent très souvent des irritations : il en résulte que leur application est limitée ;

4° Le pannus trachomateux cède à ce traitement par ces solutions; mais la guérison ne survient pas plus rapidement que lorsqu'on a recours aux substances pharmaceutiques habituellement employées ;

5° Le procédé de Nesnamoff est assez simple, commode et n'exige pas beaucoup de temps.

B. Taft.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX

Ancien chef de clinique de la Faculté.
Ancien prosecteur.

Les papillomes du larynx et leur traitement par le phénol sulforiciné. (*Ther. Monatshefte*, mars 1897.) — Le papillome, cette néoformation si fréquente de la région laryngée, est traité depuis quelque temps déjà par Heryng (de Varsovie) au moyen de cautérisations pratiquées sur les points malades avec le phénol sulforiciné à 30 0/0 (méthode de Ruault (de Paris). Les papillomes ayant atteint une certaine taille seront au préalable extirpés par la laryngotomie et l'anse galvanocaustique : le moignon restant sera traité par le phénol sulforiciné, dont on imbibe un petit tampon d'ouate; ce dernier est énergiquement frotté sur le point d'implantation.

L'action de l'acide phénique s'explique par une vaso-constriction suivie de thrombose des anses vasculaires. Ce processus, au cours des séances ultérieures, se propage aux couches profondes de la muqueuse, ainsi que le démontrent des planches représentant des coupes microscopiques des papillomes traités par cette méthode.

Les papillomes de la région arythénoïdienne, dont le revêtement épithélial est peu prononcé, s'atrophieront sous l'influence du phénol sulforiciné; sur les cordes vocales, le topique provoque une kératinisation de l'épithélium toujours épais des tumeurs de cette région : l'ablation préalable s'impose donc dans les cas de ce genre; car la couche cornée forme une sorte de rempart infranchissable au caustique.

E. Vogt.

Traitement de la parésie des cordes vocales. (*Thérapeutique russe*, n° 2, 1897.) — En examinant l'ouïe des ouvriers à l'aide du diapason et en chantonnant parfois à l'unisson, Malioutine remarqua que sa voix devenait plus sonore en même temps que le timbre devenait métallique. Malioutine continua ses expériences sur lui même et arriva à cette conclusion que le diapason a une influence considérable sur le développement de la voix, ce qui l'amena à employer le diapason dans les cas où la perte de la voix ne résultait ni d'une ulcération du larynx ni d'une maladie du système nerveux central.

Le cas qu'il rapporte concerne une jeune fille de 15 ans qui resta aphone depuis deux ans, et cela malgré toute espèce de traitement. On avait évidemment affaire à une paralysie des cordes vocales de nature hystérique, car l'aphonie était survenue subitement après que la jeune malade eut reçu de mauvais points à un examen.

Malioutine commença le traitement et procéda de la façon suivante : Il plaçait le diapason, en l'ayant fait préalablement vibrer, sur le cartilage thyroïde ou bien sur la tête et invitait ensuite la malade à prendre une note correspondant à la lettre *A*.

Les quatre premières séances qui avaient lieu tous les jours pendant vingt minutes, ont déjà amené un certain renforcement du murmure. Au fur et à mesure que les sons apparaissaient, l'auteur employait des diapasons qui correspondaient à leur intensité. Au bout de onze jours la malade pouvait déjà lire.

B. Taft.

De la trachéotomie. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 1, 1897.) — Dans un travail très complet et très circonstancié, MIKAILOFF arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° La trachéotomie, une fois indiquée, doit être pratiquée le plus rapidement possible;

2° Le point d'élection doit être en rapport direct avec les conditions particulières que présente chaque cas. La trachéotomie supérieure doit être considérée comme l'opération normale. La cricotomie ne sera faite qu'exceptionnellement, dans les cas absolument urgents; la trachéotomie médiane est très commode chez les enfants âgés de moins de 5 ans par suite des conditions anatomiques spéciales de la région cervicale; enfin, la trachéotomie inférieure est également à conseiller chez les enfants âgés de 6 à 10 ans;

3° Le meilleur moyen de pratiquer la trachéotomie, c'est de se servir exclusivement du bistouri; il est indispensable de faire une hémostase suffisante avant l'ouverture de la trachée;

4° L'incision des téguments cutanés et de la trachée sera aussi petite que possible; le meilleur moyen de prévenir les complications post-opératoires, c'est d'enlever la canule de bonne heure;

5° Dans les néoformations bénignes du larynx et dans la tuberculose laryngée, la trachéotomie est une opération à laquelle il faut songer, même lorsqu'il n'y a pas de symptômes de rétrécissement du larynx.

B. TAFT.

Sur un nouveau cornet acoustique. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 12 avril 1897.) — M. Marey présente au nom de M. le Dr MARAGE (de Paris), un travail sur les cornets acoustiques et en particulier sur les appareils munis d'une membrane vibrante. M. Marage est parvenu à photographier les flammes de Kœnig. Les photographies qu'il présente sont très claires; elles montrent que dans les expériences faites jusqu'ici on n'a pas assez tenu compte d'un facteur très important : l'embouchure devant laquelle on parle. Cette nouvelle méthode de recherches donne des résultats précis et indiscutables.

R. BLONDEL.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Le tribromure d'or, d'arsenic et de mercure en dermatologie. (*Med. Times and Register. Phia*, 20 février 1897.) — M. EUSTATIUS CHANCELLOR (de Saint-Louis) préconise ce médicament, donnant de dix à trente gouttes par jour d'une solution qui renferme, par dix gouttes, 1/32 de grain de chacun des trois bromures susénoncés. Or, dit-il, 1 grain de bromure d'or a une action égale à celle de 600 grains de bromure potassique et sodique. Le tribromure, qu'il appelle abréviativement *arsenauro*, et dans lequel il attribue à l'or l'action prépondérante, est d'un effet très heureux dans l'insomnie nerveuse, les névroses vaso-motrices, l'eczéma chronique; en somme, le bromure d'or renforcerait énormément l'action du bromure d'arsenic et du bromure de mercure, étant associé à l'un des deux.

MOREL-LAVALLÉE.

L'hémol iodomercurique dans la syphilis. (*Bulletin des sciences médicales de Bologne*, janvier 1897.) — M. G. PINI conclut de ses expériences que ce médicament, administré par ingestion, ne présente aucune supériorité sur ses congénères antérieurs, donnés par ingestion, frictions ou injections. Sur seize malades traités, neuf seulement guérirent, quatre ne retirèrent aucun bénéfice de la cure, quatre durent suspendre pour intolérance. *Onze* ont présenté des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs).

MOREL-LAVALLÉE.

Sur les embolies pulmonaires déterminées par les injections de préparations mercurielles insolubles, par MAGNUS MŒLLER. (*Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie*, vol. XXVII, fasc. 3, 1897.) — MŒLLER est d'avis que les accidents graves et parfois mortels déterminés par les injections de préparations mercurielles insolubles sont dus à des embolies pulmonaires déterminées par la pénétration du liquide dans une veine.

La statistique de l'auteur porte sur 315 malades chez qui ont été pratiquées 3,835 injections de thymolacétate de mercure en suspension dans la paraffine liquide (à 1/10). 43 fois des accidents pulmonaires sont survenus, répartis sur 28 malades.

Les symptômes les plus fréquents sont la toux, le point de côté, l'orthopnée, la douleur précordiale, la fréquence du pouls, le frisson, la fièvre, l'augmentation du deuxième temps pulmonaire, les sueurs profuses, l'expectoration sanglante, le vomissement, l'albuminurie.

Les expériences qu'il a faites sur les animaux ont confirmé la fréquence des embolies pulmonaires. Celles-ci pourront être évitées si l'on a soin de choisir comme véhicule une préparation finement pulvérisée (l'huile grise répond à cette indication) et si l'on a soin de s'assurer, en faisant l'injection en deux temps (introduction préalable de l'aiguille), que l'on n'a pas pénétré dans un vaisseau.

G. Lyon.

De la sérothérapie de la syphilis. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 12, 1896.) — Borofsky a eu recours à la sérothérapie chez vingt syphilitiques. Chez huit il s'est servi de sérum simple, chez les douze autres de sérum sanguin de chèvre. Il injectait à la fois de 5 à 10 centimètres cubes de sérum.

L'auteur n'a constaté aucune différence d'action entre le sérum simple et le sérum immunisé et d'une façon générale considère les résultats de la sérothérapie comme peu brillants.

Dans un certain nombre de cas les phénomènes morbides disparaissaient, mais ne tardaient pas à récidiver; dans d'autres cas les résultats furent complètement négatifs.

Les injections étaient bien supportées. Comme complication on a noté une fois l'urticaire et une fois l'albuminurie.

B. Taft.

Traitement de la syphilis par des injections sous-cutanées de nitrate de soude. (*Ejene 'elnik*, n° 2, 1897.) — Tourowsky a essayé dans quatre cas les injections sous-cutanées de nitrate de soude proposées par Petrone et il en a obtenu de très bons résultats. Chez trois malades les papules et la roséole disparurent en l'espace de six jours; les papules ulcérées se cicatrisèrent dans un laps de temps variant de cinq à neuf jours. Dans un cas seulement les papules ne disparurent qu'au bout de seize jours.

B. Taft.

L'eczéma de l'ombilic et son traitement. (*The Ther. Gazette*, 15 février 1897.) — G. Abbott Cantrell (de Philadelphie) considère que l'eczéma de l'ombilic représente plutôt une sorte d'intertrigo: l'affection peut présenter une intensité assez marquée pour préoccuper les malades. En tout cas, le traitement que les ouvrages classiques résument en quelques lignes, est souvent mal institué et ne fait qu'aggraver la lésion.

L'auteur recommande, lorsque l'eczéma a envahi le pourtour de l'ombilic, d'appliquer la pommade à l'oxyde de zinc additionnée de calomel ou d'acétanilide (50 centigrammes à 2 grammes pour 30 grammes de pommade), trois fois par jour. Si la dermatite est sèche, on préférera les onguents soufrés ou à base de goudron; si l'épaississement du derme est très marqué, on choisira la résorcine, l'acide salicylique, le salol. En cas de gonflement on appliquera des lotions d'eau boriquée saturée. Le nitrate d'argent, souvent recommandé, provoque des douleurs; l'acide lactique doit lui être préféré, quand il s'agit de cautériser les points ulcérés et que la dermatite n'est pas trop étendue.

E. Vogt.

Traitement de la teigne. (*Thérapeutique russe*, n° 3, 1897.) — Après avoir indiqué la difficulté et la lenteur de l'épilation de chaque cheveu malade séparément, Jolkoff recommande l'épilation massive à l'aide d'un emplâtre agglutinant. Des bandes de cet emplâtre chauffées sont appliquées sur les régions malades; quand elles se refroidissent elles sont arrachées dans la direction opposée à la croissance naturelle des cheveux par exemple du front à la nuque pour la région frontale de la tête, du cou à la nuque pour la région occipitale). Dans ce cas on n'arracherait, d'après l'auteur, que les cheveux malades et jamais les cheveux sains.

B. Taft.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chef de clinique de la Faculté,
Ancien prosecteur.

Traitement de la blennorrhagie par les moyens internes en général et en particulier par l'extrait fluide de kawa kawa. (*Ve 'icinskoïe Obosrenïe*, n° 23, 1896.) — Abramowitsch s'élève, tout d'abord, contre l'opinion d'un certain nombre de médecins qui considèrent que l'administration de substances médicamenteuses à l'intérieur n'est pas indiquée dans la blennorrhagie.

L'auteur fait remarquer qu'il y a des cas où le traitement interne est inévitable, par exemple lorsque tout traitement local reste sans succès; d'autre part, on ne peut pas appliquer le traite-

ment local tout à fait au début ni lorsqu'il y a des complications. Enfin, il y a des malades qui ne supportent pas les injections.

Dans tous ces cas, dit l'auteur, le traitement interne est parfaitement indiqué.

Parmi les substances préconisées pour le traitement interne de la blennorrhagie, l'auteur conseille, particulièrement dans les cas où les autres médicaments n'auront pas donné de résultats, de recourir à l'extrait fluide de kawa-kawa.

Abramowitsch a expérimenté cette substance dans 40 cas d'urétrite chronique ou aiguë. L'extrait était administré à la dose de 20 à 40 gouttes, trois fois par jour. Si l'on ne constatait pas, une semaine après, une amélioration considérable, on faisait des injections. Les résultats obtenus ont été très bons. Signalons tout d'abord 3 cas d'urétrite aiguë où l'extrait fluide du kava-kawa a donné la guérison complète.

La sensation de brûlure disparaissait rapidement.

Dans les cas d'urétrite aiguë prolongée, le kawa agissait bien mieux, et l'on n'avait besoin de recourir aux injections que bien rarement.

Dans les cas chroniques véritables, cette substance n'a donné aucun résultat.

Dans les cas où il y avait des complications (épididymite, urétrite postérieure), le kawa diminuait la durée de la maladie primitive.

Le kawa a donné un résultat tout à fait remarquable dans 3 cas de cystite blennorrhagique : deux à trois semaines après, tous les phénomènes étaient disparus.

Enfin, aucune complication n'a été observée dans aucun cas.

B. Taft.

Du traitement de la prostatite blennorrhagique aiguë. (*Wratch*, n° 2, 1897.) — Schultze estimant que le traitement de la prostatite aiguë se fait toujours tardivement, que bien souvent l'abcès s'ouvre spontanément soit dans l'urètre, soit dans le rectum, eut l'idée d'intervenir de bonne heure et de tracer en quelque sorte au pus la voie qu'il devrait suivre.

Il est évident que pour cette intervention précoce il faut avoir des points de repère qui indiqueraient que la collection purulente commence à se faire dans la prostate.

L'auteur croit les avoir trouvé dans les phénomènes suivants : élévation considérable de température atteignant 39° et 40° avec rémission matinale ne dépassant pas 1° ; frissons, difficultés de la miction et même l'anurie ; effacement commençant des limites de la prostate.

Dès que ces symptômes apparaissent, Schultze croit nécessaire d'intervenir, et voici de quelle façon il procède.

Il fait une incision médiane sur le périnée, qui va jusqu'à la paroi antéro-inférieure du sac de Retzius ; il pénètre ensuite avec le doigt dans ce sac, ce qui détermine une hémorragie peu considérable provenant du plexus veineux de Santorini, examine la prostate dans toute sa longueur, trouve le point moins résistant que le reste de la glande et avec un bistouri guidé par le doigt pratique une incision longitudinale.

La cavité purulente lavée, il y introduit un gros drain qui reste dans la plaie plus ou moins longtemps ; plus l'incision est précoce et moins longtemps on est obligé de le laisser.

L'opération est pratiquée, le malade étant plongé dans la narcose ; cette indication a son importance, car on pourrait être tenté de faire l'opération avec anesthésie locale et l'on pourrait avoir des mécomptes. L'auteur raconte, en effet, que dans un cas où il a eu recours à la cocaïne il a été obligé de s'arrêter avant l'incision de la prostate, car le malade avait commencé à souffrir et, par ses mouvements, empêchait de continuer l'opération.

Le nombre des malades opérés d'après ce procédé a été de trois. Tous ont guéri.

B. Taft.

Prostate hypertrophiée extirpée par la prostatectomie sus-pubienne. (*The Montreal med. Journal*, mars 1897.) — Halliday relate l'observation d'un prostatique de 61 ans, atteint de rétention et présentant de la cystite aiguë par crises : cathétérisme difficile ; on se décide à intervenir : Le 19 novembre 1896, incision comme pour la lithotomie sus-pubienne. Le lobe gauche fut extirpé en premier lieu, le droit ensuite : hémorragie considérable.

Guérison rapide et complète : le tube à drainage est enlevé le troisième jour, à ce moment les lavages sont faits à travers la plaie avec une sonde élastique en gomme. Au bout d'une semaine, on place une sonde à demeure dans l'urètre. La plaie se refermant, on finit par ne faire les lavages qu'au moyen de cette dernière. Le malade urina par l'urètre le vingt-unième jour : le vingt-troisième jour, la plaie est cicatrisée. Exeat le vingt-quatrième jour, dans un parfait état de santé.

E. Vogt.

Uretéropyélonéostomie. (*Académie de médecine*, 30 mars 1897.) — M. Monod a fait un rapport au sujet de cette opération, qui a été récemment pratiquée par M. Bazy. Il s'agissait d'un malade atteint d'hydronéphrose due à un abouchement anormal de l'uretère dans le bas-

sinet. M. Bazy incisa la collection pour l'évacuer et, sectionnant alors l'uretère, il le réimplanta dans la partie la plus déclive du bassinet. Küster, Helferich, Cramer ont également pratiqué des opérations de ce genre. Il convient d'appeler l'attention des chirurgiens sur cette méthode conservatrice, destinée, dans les cas d'hydronéphrose définitive, à remplacer la néphrectomie jusqu'à ce jour considérée comme l'unique ressource. La section d'un rétrécissement de l'uretère peut aussi permettre de conserver le rein.

AUG. BENOIT.

De l'intervention chirurgicale dans les ruptures sous-cutanées du rein. (*Wratch*, n° 12, 1897.) — TEHEIDELER rapporte un cas de rupture sous-cutanée du rein survenue chez une femme à la suite d'une chute sur un escalier de pierre. L'opération, faite quatorze heures après l'accident, consista à enlever le rein coupé en deux moitiés et arraché, et à lier l'uretère et les vaisseaux.

Au cours du premier mois qui suivit l'opération, la malade fut atteinte de pleurésie; un mois après elle fut complètement guérie.

B. TAFT.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet. (*Société obstétricale de France*, 23 avril 1897.) — M. SCHWAB pense qu'à côté des procédés chirurgicaux il est utile de posséder un moyen aussi efficace mais plus innocent pour favoriser l'évacuation de l'utérus dans l'avortement incomplet.

Les anciens accoucheurs croyaient posséder ce moyen dans l'emploi de l'ergot de seigle. Mais ce médicament est abandonné aujourd'hui à cause des inconvénients nombreux qu'il présente. L'ergot de seigle possède d'ailleurs un succédané, le sulfate de quinine, qui, comme lui, agit sur la contractilité utérine, sans provoquer toutefois la contracture de l'organe.

L'auteur, ayant déjà eu l'occasion, auparavant, d'expérimenter la quinine comme agent ocytocique dans l'inertie utérine à terme, a songé à employer ce médicament pour favoriser l'expulsion de l'arrière-faix dans l'avortement. La quinine, à ce point de vue, a déjà été employée par M. Cordes (de Genève) avec succès. M. Schwab a employé la quinine dans sept cas de rétention placentaire post-abortive.

Donné à la dose de 1 gramme, en deux cachets de 50 centigrammes pris à dix minutes d'intervalle, le sulfate de quinine réveille les contractions utérines même dans un utérus gravide de quelques mois seulement.

Le sulfate de quinine est absolument inoffensif; jamais il ne provoque de tétanisation du muscle utérin. Il ne risque donc pas d'accroître les chances de rétention placentaire. La quinine, dans les observations de l'auteur, a produit l'expulsion du placenta, en moyenne en quatre heures et demie environ. L'action de la quinine a été manifeste dans ces cas; car souvent elle a provoqué des contractions alors que le travail était arrêté depuis plusieurs jours déjà. Il semble donc, étant donné d'une part que la quinine est inoffensive et d'autre part qu'elle agit souvent efficacement pour réveiller la contraction utérine, que l'administration de 1 gramme de quinine pourra toujours être essayée, quand il y a rétention placentaire dans l'avortement, quitte, en cas d'échec, à recourir ultérieurement à une autre thérapeutique : expectation antiseptique ou intervention active.

R. BLONDEL.

Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus, par BOUILLY. (*Bulletin général de thérapeutique*, 28 février et 15 mars 1897. — Pendant une période d'environ dix ans et demi, M. Bouilly a pratiqué 127 fois l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus; 25 opérées ont succombé rapidement aux suites de l'opération. Pour les 102 malades qui ont survécu, M. Bouilly manque de notes précises sur 15 d'entre elles; il ne reste donc que 87 observations à dépouiller d'une façon fructueuse. De ces 87 malades 66 ont pu être revues et suivies; 21 ont été perdues de vue.

Le chiffre général de la mortalité (19 0/0) est élevé, mais il est singulièrement exagéré du fait de la pratique des premières années où ni la technique, ni les indications n'étaient suffisamment connues; il diminue au fur et à mesure de l'amélioration de ces conditions; en 1895, 25 cas sont opérés avec un seul décès; en 1896, 17 cas également avec une seule mort. Il est cependant nécessaire de faire remarquer la gravité relative de l'hystérectomie vaginale pour le cancer utérin, comparée à la bénignité de cette même opération dans le traitement des fibromes ou des lésions annexielles.

Les causes de la mortalité sont la septicémie péritonéale (10 cas), le « schok » opératoire (15),

l'hémorragie (2), l'urémie (2), l'embolie (1), le diabète (1), la broncho-pneumonie (1), la perforation intestinale (1).

La septicémie péritonéale a chargé le bilan opératoire des premières années; à ce moment la désinfection vaginale était faite d'une façon insuffisante; le curettage systématique des parties cancéreuses, leur ablation préalable n'étaient pas rigoureusement pratiqués. La longueur des divers temps de l'opération augmentait les chances d'infection.

Les hémorragies opératoires, la longueur de l'opération expliquent les cas de mort rapides classées sous la rubrique choc opératoire.

Deux malades ont succombé par hémorragie dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération.

Ces deux accidents appartiennent à la période opératoire de l'hémostase préventive par le procédé de Péan; M. Bouilly ne les a jamais vus se reproduire depuis qu'il emploie l'hémostase définitive par le procédé de Doyen.

Les cas les plus favorables pour l'intervention sont ceux dans lesquels le cancer est bien limité à une lèvre ou aux deux lèvres du col, sans destruction avancée de cet organe, avec intégrité de la voûte vaginale des culs-de-sac, mobilité parfaite du corps, sans aucune douleur péri-utérine ni abdominale. Tantôt le début s'est produit à l'orifice même du museau de tanche avec empiètement sur la muqueuse vaginale du col; tantôt il s'est fait sur la muqueuse cervicale, à l'intérieur du col, respectant la muqueuse vaginale. Dans les deux cas la lésion est bien limitée. Une condition favorable encore, en apparence, est représentée par le cancer primitif du corps, sans envahissement du col ou avec simple pénétration d'un bourgeon venant du corps.

L'âge semble tenir une des premières places dans l'appréciation du pronostic thérapeutique et dans la détermination de l'intervention. Chez les jeunes femmes avant 30 ans et dans les quelques années qui suivent cette période, les résultats thérapeutiques sont absolument mauvais; la lésion récidive d'une façon presque immédiate. Les tissus, en apparence sains, sont sans doute déjà histologiquement malades. Plus on s'éloigne de cette période de la vie, meilleures deviennent les chances de survie prolongée; néanmoins, a partir de 60 ans l'intervention devient et doit être exceptionnelle. Le plus souvent, dans la vieillesse, le cancer utérin est remarquable par sa lenteur et la bénignité de son allure; dans ces cas l'intervention est contre-indiquée par l'état avancé des lésions, fa lenteur de l'évolution du mal et la bénignité des symptômes.

Voici le tableau de classement suivant l'âge des femmes opérées par M. Bouilly :

Au-dessous de 30 ans : opérées, revues, 4.
Entre 30 et 40 ans : opérées, 28; revues, 22.
Entre 40 et 50 ans : opérées, 35; revues, 23.
Entre 50 et 60 ans : opérées, 16; revues, 13.
Au-dessus de 60 ans : opérées, 4; revues, 4.

Aucune des malades opérées en 1886 n'est actuellement vivante; une opérée de juillet 1887 était en parfait état, trois nos plus tard. M. Bouilly observe des malades sans apparence de récidive et en très bon état général, opérées depuis 2 ans et 1 mois, 22 mois, 19 mois, 15 mois, etc.

La récidive a été constatée :

Après 1 mois	4 fois.	
2 —	8 —	
3 —	5 —	
4 —	1 —	
5 —	6 —	
6 —	8 —	
7 —	1 —	
8 —	1 —	
9 —	1 —	
12 —	6 —	
13 —	2 —	
14 —	1 —	
18 —	1 —	
3 ans	2 —	
4 ans 1/2	1 —	

Les survies les plus longues observées après l'opération ont été de 6 ans, 5 ans, 4 ans, 2 ans (2 cas). La survie la plus courte a été de 3 mois après l'opération.

Deux conditions peuvent faire prévoir une récidive fatale et rapide : l'âge du sujet et l'état des tissus au moment de l'intervention. Dans tous les cas au-dessous de 30 ans, la récidive s'est produite avec une rapidité excessive, alors même que les conditions locales paraissaient tout à fait favorables. La lésion a récidivé un mois ou deux au maximum après l'opération, entraînant la mort dans un délai rapproché. Entre 30 et 37 ans, la moyenne de date de récidive est de six ou sept mois après l'opération. La même gravité se retrouve, peut-être encore aggravée, chez les femmes dont le cancer a évolué en même temps qu'une grossesse ou chez celles qui sont nourrices.

Il faut conclure de là qu'on devra opérer par l'hystérectomie vaginale, uniquement les cancers compliqués d'hémorragies très fréquentes et très abondantes, et ceux qui sont encore bien limités et où l'ablation a des chances de porter sur des tissus sains, au moins en apparence.

Les récidives rapides peuvent d'ailleurs survenir à une période plus avancée de la vie, mais il faut alors en chercher la raison dans

l'état avancé des lésions anciennes au moment de l'hystérectomie vaginale. L'envahissement même peu prononcé des culs-de-sac vaginaux, une induration même superficielle d'un ligament large, en voilà assez pour une récidive fatale et rapide.

Les résultats éloignés des interventions pratiquées dans les cas de cancer primitif du corps ne sont pas meilleurs que ceux obtenus dans les cas de cancer du col; dans deux cas la récidive s'est produite au bout d'un mois et demi pour l'un, de deux mois pour l'autre, après l'opération.

En résumé les résultats thérapeutiques sont médiocres comme dans toutes les interventions dirigées contre le cancer, mais néanmoins il n'en est pas ou ils soient meilleurs et plus satisfaisants pour la malade qu'après l'hystérectomie vaginale entre le moment de la guérison opératoire et celui de la récidive. Dans cette période, les malades peuvent avoir l'illusion et ont tous les bénéfices de la guérison radicale et complète. Plus d'hémorragies, plus de pertes d'aucune sorte, plus de douleurs, aucune gêne fonctionnelle; aucune apparence visible de mutilation; elles ont du coup l'idéal du résultat résultat opératoire. Si l'on songe qne l'on obtient des périodes d'arrêt du mal de 4 ans et demi, de 3 ans, de 2 ans, de 18 mois, de 1 an, dans une affection fatalement progressive on est en droit de conclure que dans le traitement du cancer utérin opérable, l'hystérectomie vaginale est la meilleure des opérations palliatives.

G. Lyon.

Le traitement actuel des myômes utérins. (*British med. Journal*, 27 mars 1897.) — M. Lawson Tait, après quelques considérations sur l'influence du climat et des conditions locales non seulement sur le développement plus ou moins fréquent de certains états pathologiques utérins, mais en même temps sur la gravité des symptômes qu'ils présentent, expose son traitement des myômes utérins. Les myômes de l'uterus présentent un exemple typique de ces différences en fréquence et de degré. A Edimbourg ils sont relativement rares, d'une forme légère et sans importance, ne demandant pas d'intervention chirurgicale, tandis qu'en Angleterre et surtout dans les provinces centrales, ils sont très fréquents, d'un type très grave, rebelle à toute médication.

La plupart des échecs dans leur opération dans les premiers temps, proviennent de la confusion des tumeurs molles œdémateuses solitaires avec les néoplasmes durs et multinodulaires. Pour les premières, l'énucléation vaginale (morcellement de Péan) est l'opération de choix. Le risque ou d'hémorragie ou de septicémie consécutive est minime, à moins que ni laminaires ni tentes d'éponge n'aient été employés. L'hystérectomie est contre-indiquée. Ces tumeurs molles sont toujours solitaires et l'enucléation vaginale suffit à leur extirpation, d'autant plus que la récidive y est inconnue. Il est donc rationnel d'exiger que l'utérus sain et capable de reprendre, après énucléation, sa forme et sa direction normales, soit laissé en place.

Contre les myômes multinodulaires, l'ablation des annexes est la seule opération qui donne des résultats permanents. L'enlèvement de quelques nodules polypeux ne peut assurer qu'un soulagement temporaire. Il faut toujours compter avec le progrès de la maladie dans ce genre de néoplasme.

La troisième opération, pour l'utérus myomateux, l'hystérectomie sus-vaginale avec traitement extra-péritonéal du pédicule, a donné d'excellents résultats dans le service de M. Lawson Tait. Il a eu des séries de 30, 40 et jusqu'à 52 guérisons. Ce qu'il est convenu d'appeler la panhystérectomie, l'ablation de l'utérus dans sa totalité, présente certains avantages pour l'opérateur. L'opération est relativement facile, le risque d'hémorragie est beaucoup moindre puisque l'opérateur a sous la main les artères en dehors du tissu utérin retréci, détail qui lui assure les bénéfices du procédé intra-péritonéal sans le danger des hémorragies auxquelles la ligature du tissu utérin peut donner lieu.

Mais il faut avoir recours à cette opération avec beaucoup de prudence. Elle est trop radicale et on s'expose trop à enlever avec les parties malades des organes qui auraient parfaitement pu fonctionner encore.

M. D.

De la myomotomie. (*Wratch*, n° 3, 1897.) — Le Pr Lebedeff, après avoir fait un court aperçu historique de la question et communiqué deux cas personnels, pose en principe que les indications à la myomotomie sont les suivantes : 1° hémorragies utérines abondantes; 2° grand volume de la tumeur et son action nuisible sur la circulation intra-abdominale et sur le cœur; compression du rectum, de la vessie et des uretères; 4° augmentation rapide de la tumeur, résultant d'une dégénérescence sarcomateuse ou kystique; 5° enclavement de la tumeur dans le petit bassin avec prolapsus consécutif du vagin et de l'utérus; 6° gangrène spontanée des fibromes sous-muqueux.

En ce qui concerne les procédés, Lebedeff les divise en deux catégories : 1° procédés avec incision des parois abdominales; 2° procédés

vaginaux. C'est l'amputation sus-vaginale et intra-abdominale qui occupe la première place dans la première catégorie. Mais les tendances conservatrices modernes ont mis en avant l'énucléation; ce procédé correspond, d'après Lebedeff, à l'idéal de la myomotomie qui a pour but d'enlever la néoformation avec conservation des fonctions normales de l'appareil sexuel.

Enfin, en ce qui concerne les procédés vaginaux, Lebedeff estime que le morcellement est un procédé transitoire qui répond peu aux exigences de la chirurgie opératoire.

B. Taft.

Traitement des endométrites par la teinture d'iode. (*Wratch*, n° 12, 1897.) — Solovieff préconise les badigeonnages de teinture d'iode dans les endométrites post-puerpérales. Ces badigeonnages sont faits de la façon suivante. La malade étant couchée, on introduit dans le vagin un spéculum à valve. Si l'on constate la présence d'une couche grisâtre sur la surface du col, on pratique préalablement un lavage soigneux; ensuite on badigeonne les régions malades avec de la teinture d'iode pure.

Si l'on a affaire à une endométrite du corps on procède de la même façon : on lave prealablement la cavité utérine, on l'essuie à l'aide d'un bâton de verre enveloppé d'ouate et enfin on badigeonne avec de la teinture d'iode.

Après ces badigeonnages les malades ressentent une douleur plus ou moins intense qui, toutefois, se calme au bout d'une heure.

Les badigeonnages doivent être faits surtout au début de la maladie tous les jours et même deux fois par jour.

Dans sept cas ce traitement a donné à l'auteur de bons résultats.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

La kryoline, nouvel antipyrétique. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 22 avril 1897.) — Eichhorts a expérimenté un produit nouveau, obtenu par Bischler, en combinant la phénétidine et l'acide méthylglycolique. Ce produit, nommé *kryofine*, se présente sous forme de cristaux blancs, inodores, insipides, solubles dans cinquante-deux parties d'eau bouillante et six cents d'eau froide. Les solutions concentrées ont un goût amer et caustique. L'administration en cachets est préférable; une dose de 50 centigrammes correspond, comme action, à 1 gramme de phénacétine. On observe parfois des sueurs abondantes à la suite de son emploi, parfois aussi une légère cyanose.

Les effets antithermiques et analgésiques rappellent ceux qu'on obtient avec des doses doubles de phénacétine.

E. Vogt.

Action vaso-motrice du chloroforme et ses rapports avec les accidents de la chloroformisation, par H.-A. Hare. (*Medical News*, 6 mars 1897.) — L'auteur appelle l'attention sur l'action dépressive du chloroforme sur le centre vaso-moteur. Il pense que le chloroforme tue généralement par son action toxique vaso-motrice, qui déprime le cœur et le centre respiratoire tandis que par sa présence le chloroforme lui-même entrave l'hématose. Il tire de cette conclusion les déductions suivantes :

1° Toutes les fois que l'on doit donner du chloroforme à un malade affaibli, il convient de lui appliquer des bandes en comprimant les extrémités pour augmenter la pression sanguine centrale.

2° On administrera de l'atropine comme stimulant vaso-moteur.

3° On placera une large bande serrée autour de l'abdomen s'il se relâche ou s'il survient un accident.

4° Le malade sera retourné s'il survient un accident.

5° On pratiquera la respiration artificielle en comprimant les côtes flottantes et la région précordiale : pour aider la circulation du sang, pour expulser le chloroforme des poumons et pour aider les centres respiratoires dans leur fonction.

6° On doit chronométrer la respiration pendant l'administration du chloroforme pour deux raisons : *a*) parce que la profondeur et la rapidité de la respiration est la mesure de la quantité de chloroforme inhalée, et *b*) parce que avec la chute de la pression sanguine, le centre respiratoire se trouble dans ses fonctions et la respiration irrégulière est un signe que le chloroforme agit sur ce centre et le trouble. En outre la respiration irrégulière signifie irrégularité de dosage du chloroforme.

7° Il est inutile de recourir aux transfusions salines dans les syncopes chloroformiques car le système vasculaire relâché absorbe simplement le liquide sans se remplir.

Il semble maintenant démontré que c'est l'action vaso-motrice qui est le phénomène important de l'action du chloroforme. Lorsqu'on absorbe du chloroforme, la pression sanguine

faiblit, la respiration est troublée ; le chloroforme inhalé est en quantité excessive et aide à l'anémie des centres vitaux par son action dépressive.

A. Chassevant.

La spermine comme névrosthénique, par de Buck et de Moor. (*Belgique médicale*, n°15, p. 449, 1897.) — Le principe actif du suc orchitique, la spermine, a d'abord été étudié par Schreiner, et plus tard cette étude fut reprise par Pœhl. La spermine, dont la formule serait $C_5 H_{14} N_3$ ne se trouve pas seulement dans les glandes testiculaires, mais dans les organes les plus divers, tant chez la femme que chez l'homme (thymus, prostate, ovaire, pancréas, corps thyroïde, rate) ; ce serait un produit de décomposition de la nucléine qui elle-même provient surtout de la destruction des leucocytes.

La spermine est un tonique physiologique qui a été utilisé dans les maladies les plus diverses, notamment dans la neurasthénie, le tabes, les affections cérébrales et médullaires, le diabète, la tuberculose, la syphilis, le psoriasis.

Les résultats favorables ont été surtout obtenus dans les affections du système nerveux et dans les maladies constitutionnelles. De Buck et de Moor ont employé la spermine dans sept cas (tabes, psoriasis, polynévrites, hystérie, chorée, névropathie, etc.), avec succès le plus souvent.

G. Lyon.

Massothérapie et Hydrothérapie.

Dr BERNE
Ancien interne lauréat des hôpitaux.

La douche-massage d'Aix-les-Bains (Contribution à l'étude de), par le Dr Ranglaret. — S'étant pris lui-même comme sujet d'expérience, le Dr Ranglaret a étudié la douche-massage au point de vue de ses résultats physiologiques et urologiques. Sulfurée calcique, l'eau d'Aix-les-Bains contient de la glairine ou barégine la rendant plus onctueuse et facilitant le massage. De plus, un courant dirigé du corps humain vers l'eau minérale, se produit dès le contact. Ce fait est dû aux actions chimiques se manifestant au contact avec l'oxygène de l'air. Courants électriques et thermalité ont une grande importance, d'après cet auteur. L'auteur s'étant soumis lui-même à la douche-massage sans interruption pendant dix minutes chaque jour, et cela pendant dix jours, a dû cesser vers le onzième jour, à cause de troubles gastriques. Un masseur « pétrissait » le haut du corps, un deuxième masseur opérait la partie inférieure. La température de la salle était à 26° centigrades, celle de la douche de 37° à 38° centigrades.

Le malade est plutôt « inondé » que douché, pendant le massage. Celui-ci consiste en un pétrissage énergique des masses musculaires des membres. Le Dr Ranglaret déclare qu'après avoir été d'abord très favorablement impressionné par les premiers massages, il s'est trouvé, dès le septième jour, « fatigué, rompu comme s'il avait fait une longue marche ; le sommeil était impossible tant la fatigue était énervante. » D'où nécessité du repos d'un jour sur trois, prescrit par les médecins. La fréquence du pouls augmente après la douche-massage, puis diminue notablement ensuite. Le Dr Ranglaret a essayé du « bouillon » d'Aix (bain de vapeur total à 40° environ). Notre confrère assure qu'il a éprouvé une sensation d'angoisse, d'étouffement, de congestion céphalique énorme et d'éblouissements ; le pouls s'est élevé de 70 à 100 et 120. Les deux expériences de « bouillon » auxquelles il s'est soumis ont amené une fatigue générale telle, qu'il n'a pas eu le courage d'en tenter une troisième. Il y a lieu de ne soumettre à ce « bouillon » qu'un individu exempt de maladie du cœur ancienne ou récente.

L'action de la *douche-massage* est la suivante :

1° Diminution légère de la quantité totale des urines ;

2° Augmentation croissante de l'urée et de l'acide urique jusqu'au quatrième ou cinquième jour ;

3° Diminution de ces éléments à partir du quatrième ou cinquième jour jusqu'à un chiffre au-dessus du chiffre normal ;

4° Diminution progressive des éléments minéraux, phosphates et chlorures.

Indications générales :

1° Augmenter la désassimilation en général ;

2° Expulsion de produits de désassimilation incomplète tels que l'acide urique ;

3° Reconstitution du système nerveux et osseux.

La toxicité urinaire atteint promptement son maximum, puis descend progressivement et se termine par un chiffre au-dessus de la normale

L'auteur conclut ainsi :

1° Le « bouillon » d'Aix constitue une pratique thermale d'une grande puissance, mais non exempte de danger ;

2° La douche-massage produit après huit ou dix séances une fatigue générale et une diminution du poids total du corps ;

3° La douche-massage n'a pas une action bien marquée sur le système cardio-vasculaire;

4° Son action sur la nutrition est beaucoup plus nette;

5° Elle diminue la quantité totale des urines;

6° Elle augmente l'urée, l'acide urique, les éléments organiques de l'urine;

7° Elle diminue les éléments minéraux : chlorures et acide phosphorique;

8° Elle augmente la toxicité urinaire;

9° C'est là une des actions physiologiques de la douche-massage; elle ne se produit pas seulement chez les individus malades;

10° Dans certains cas pathologiques, l'augmentation de la toxicité urinaire paraît être considérable.

G. Berné.

Action curative des bains de mer dans les affections gastriques. (Communication au *XVII° Congrès balnéologique*, mars 1897.) — Lindemann (de Helgoland) commence par remarquer que la plupart des praticiens recommandent de ne pas envoyer au bord de la mer les malades atteints de gastrite : il suppose en conséquence que le titre de sa communication provoquera quelque étonnement, mais ce titre se justifie par les observations faites à Helgoland, où l'auteur a eu l'occasion de constater que plusieurs malades, auparavant soumis sans succès à des traitements divers à nombre de stations thermales, ont été rapidement débarrassés de leurs troubles stomacaux. Plusieurs auteurs ont du reste déjà signalé les bons effets du climat marin sur certaines maladies de l'estomac, surtout dans les formes atoniques.

Il est certain que beaucoup de personnes, quelques jours après leur arrivée dans l'île, présentent des troubles dyspeptiques marqués (anorexie, diarrhée souvent très tenace). L'acclimatement, dans la plupart des cas, suffit pour faire disparaître ces troubles. Il faut, pendant les premiers temps du séjour, surveiller son régime, prendre de nombreuses précautions concernant la température de l'air, ou de l'eau de mer : l'agitation permanente de l'atmosphère exige le port de vêtements chauds; la flanelle est indispensable.

Il est d'un autre côté bien connu que le séjour au bord de la mer réveille l'appétit et favorise la digestion dans des proportions souvent extraordinaires : l'auteur a fait à ce sujet quelques expériences. L'iodure ingéré apparaît dans la salive au bout de cinq à quinze minutes au bord de la mer, au bout de quinze à trente à l'intérieur des terres. Pour le salol, on trouve, pour l'apparition dans les urines, les chiffres suivants dans les mêmes conditions : quinze minutes dans le premier cas, soixante dans le second. Il y a donc suractivité très nette des fonctions de digestion et d'absorption.

Les fonctions sécrétoires de l'estomac se sont montrées aussi notablement activées, ce qui ne saurait étonner l'observateur, car le bain de mer froid provoque par action réflexe une hyperémie active marquée des organes internes. La teneur en acide chlorhydrique libre de la sécrétion gastrique, augmenta dans tous les cas observés. Il résulte de ces constatations que chez toute une catégorie de malades, présentant de l'hyperacidité, de l'irritabilité gastrique, le bain de mer sera contre-indiqué. Les états atoniques tout au contraire, les gastroptoses ne peuvent que s'améliorer : il en est de même de la dyspepsie nerveuse, à moins que la gastralgie ne domine la scène. S'il existe un état nerveux compliqué de gastrite vraie, la marche à suivre consistera à traiter d'abord la gastrite dans une station thermale et à terminer la cure par un séjour au bord de la mer.

E. Vogt.

Albuminurie et hydrothérapie. (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, mars 1897.) — Kraus recommande, dans la néphrite chronique de prendre grand soin du tégument cutané : la crainte du refroidissement pousse en général à l'abstention complète, vis-à-vis des pratiques hydrothérapiques, mais on augmente de cette façon la prédisposition aux refroidissements que l'on voulait éviter. Dans les cas de néphrite partielle, présentant des tendances à l'amélioration, le bain de vapeur (dans une boîte) de quinze minutes de durée environ, le bain simple de même durée, tous deux suivis d'affusions en pluie de 25° à 30° seront très utiles. Les bains ne seront donnés que si le temps est sec et dans une pièce bien chauffée. Avec ces précautions, on obtiendra une modification marquée de la diurèse et une régularisation des battements cardiaques.

Les pratiques hydrothérapiques, en permettant l'élimination des déchets, sont indiquées aussi dans l'artério-sclérose avec rein sclérosé. Dans ces derniers cas, des demi-bains de 27° à 25°, avec enveloppements humides du tronc, font partie de la pratique courante de l'auteur. Les cas avancés avec intoxications urémiques chroniques seront traités par les lavages locaux suivis de frictions sèches sur tout le corps; il sera parfois indiqué de donner des bains de vapeur : dans ces cas la tête ne sera jamais soumise à l'influence du bain.

Le rein amyloïde, l'albuminurie chez les tuber-

culeux ne constituent pas des contre-indications; quant aux albuminuries par stase, elles sont, cela va sans dire, tout à fait du domaine de l'hydrothérapie.

En résumé, on a grand tort, dans le monde médical, de considérer l'albuminurie comme une contre-indication absolue aux traitements hydrothérapiques : on se prive ainsi, dans toute une classe d'affections où les médications usuelles donnaient si peu de résultats, d'un adjuvant des plus utiles, qui rend de grands services à ces malades chroniques entre les mains expérimentées.

E. Vogt.

FORMULAIRE

Dyspepsie asthénique.

Teinture de colombo.....		
— de badiane.....		
— de simarouba...	ââ 15	grammes.
— d'écorce d'orange amère.....		
— de noix vomique.	3	—
— de Baumé.....	1	—

Prendre avant chacun des deux principaux repas, une cuillerée à café de cette mixture dans un peu d'eau pure ou d'eau de Vals.

(Gingeot.)

Pommade contre les brûlures.

Europhène.....	5	grammes.
Vaseline.....	ââ 50	—
Lanoline.....		

Pour application, trois ou quatre fois par jour sur les brûlures du 1er et du 2e degré.

(Seibel Nolda.)

Potion contre l'insomnie.

Paraldéhyde.....	2	grammes.
Teinture de vanille.....	20	gouttes.
Sirop de laurier-cerise.....	30	grammes.
Eau de tilleul.....	70	—

Deux à trois cuillerées à soupe.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

L'affaire Boisleux. — La Cour de cassation vient de rejeter le pourvoi formé par les Drs Boisleux et de La Jarrige contre l'arrêt de la cour d'assises qui les a condamnés chacun à cinq ans de réclusion. Cette solution est très commentée dans le public médical, sans distinction d'opinions sur la personnalité des accusés; il paraît établi, en effet, que plusieurs témoignages favorables à la défense ont été écartés par l'instruction. De plus, le Dr Boisleux est actuellement franchement atteint d'aliénation mentale et interné à l'infirmerie, dans un état reconnu d'irresponsabilité dont le début larvé est peut-être de date ancienne. Nous ne pouvons que déplorer une fois de plus la façon dont ce triste procès a été conduit, provoquant l'indignation des uns et laissant dans l'esprit des autres, même des plus prévenus, une vague inquiétude que la saine justice ne doit pas laisser derrière elle.

Concours des hôpitaux. — Un certain nombre de candidats aux places de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, ont l'intention de soumettre au Conseil de surveillance le vœu suivant :

« Les épreuves d'admissibilité du concours des hôpitaux comprennent toutes les épreuves théoriques.

« L'admissibilité est définitivement acquise.

« Il existe un concours d'admissibilité annuel. Le nombre des admissibles est fixé par l'administration de l'Assistance publique. Pour le prochain concours, il sera au moins égal au triple

des places de médecins, de chirurgiens ou d'accoucheurs, à donner dans le courant de l'année.

« Pour les suivants, il sera égal au nombre des places à donner dans le courant de l'année.»

La direction de l'asile Sainte-Anne. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, le professeur titulaire de la chaire de la clinique des maladies mentales à l'Asile clinique (Sainte-Anne) est chargé de remplir les fonctions médicales et administratives de médecin en chef.

Une indemnité égale à celle allouée au médecin du quartier des aliénés de la Salpêtrière lui est accordée comme médecin en chef d'un service public d'aliénés.

En cas d'absence ou d'empêchement du professeur, le chef de clinique remplira les obligations imposées au médecin en chef du service, il recevra une indemnité annuelle de 1,200 francs.

Dans le cas d'absence simultanée du professeur et du chef de clinique, le chef de clinique adjoint remplira par intérim les fonctions dévolues au médecin en chef.

La lèpre à Paris. — Un procès criminel amenait samedi dernier, devant la cour d'assises de la Seine, M. D..., petit-fils d'un sénateur. M. D..., atteint d'une maladie de nature lépreuse, avait comparu entre deux infirmiers et, sur l'avis de M. Brouardel, on avait procédé, l'audience levée, à la désinfect' du banc des accusés. Mais M. D..., acquit. .t remis en liberté, alla habiter une chamb· . une maison meublée de la rue de Fleurus, dont le propriétaire est Mme B... Celle-ci s'occupa elle-même de faire la chambre du jeune homme. Dimanche, elle constatait qu'une éruption de boutons lui couvrait la figure; le soir même le mal s'aggravait et un médecin du quartier diagnostiqua, paraît-il, un lupus de nature lépreuse. C'était, heureusement, une erreur. Mme B... n'a qu'une maladie de la peau sans gravité, et ainsi tombe l'indignation de certains de nos confrères de la grande presse qui ne parlaient de rien moins que d'exiler M. D... et l'élevaient à la dignité, un peu bien gênante, de « danger public ». (*Rev. méd.*)

Comité français du XIIe Congrès international de Moscou (19-26 août 1897). — *Excursion au Caucase.* — Le Comité central du Congrès de Moscou vient de régler l'excursion au Caucase de la façon suivante :

1° Un train spécial, aménagé pour cent personnes, quittera Moscou à la fin du Congrès pour Kislovodsk, dans le Caucase du Nord, où un arrêt de deux jours aura lieu pour permettre à ses membres de pouvoir visiter le groupe de villes d'eaux minérales dont Kislovodsk est le centre.

2° De Kislovodsk, le train ira à Vladikavkaz (Vladicaucase), point terminus de la ligne. Là, il y aura à choisir entre deux voies. L'une, celle de Tiflis, par la route militaire de la Géorgie, passera à travers les plus beaux paysages du Caucase. L'autre conduira à Petrofsk, port de la mer Caspienne. De là un vapeur spécial conduira les membres du Congrès à Baku (Bakou) où aura lieu un arrêt d'un jour. De Baku, les excursionnistes seront conduits par le train à Tiflis où ils rejoindront les membres qui auront choisi le premier itinéraire.

3° De Tiflis, le train conduira les voyageurs à Batoum sur la mer Noire, où ils auront un jour pour visiter la ville et les plantations environnantes de thé et de coton.

4° De Batoum, on ira par vapeur à Sukhum, New-Athos et Novorossusk; d'où un train spécial ramènera à Moscou les congressistes.

Le prix de ce voyage circulaire sera seulement de 150 francs (6 liv. st.). Il n'y aura *pas de dépenses d'hôtel*, car des arrangements ont été pris pour permettre aux voyageurs de coucher chaque nuit soit dans le train, soit à bord du vapeur. *La seule dépense à faire sera celle de la nourriture*, qui n'est pas comprise dans le prix de 150 francs. Le voyage entier durera exactement quinze jours.

Si plus de cent membres du Congrès demandent à faire cette excursion, un second train de voyageurs sera adjoint au premier.

PETITE CHRONIQUE

Ceci est une page d'histoire, une éphéméride de ce siècle, et il importe qu'elle soit narrée avec le respect qu'on doit à la postérité.

Le mardi 4 mai, à quatre heures du soir, la vente organisée aux divers comptoirs du Bazar de la Charité de la rue Jean-Goujon était en pleine activité. A chaque comptoir, une foule de femmes élégantes entouraient les vendeuses, celles-ci toutes choisies parmi l'aristocratie de la race ou de l'intelligence. Autour de celles-ci, des groupes de jeunes gens, choisis également parmi les plus beaux noms de France, étaient attachés à chaque comptoir, faisant fonctions de commissaires : le gardénia à la boutonnière, la cravate exquise, la raie irréprochable, tous appartenant au monde où aucune occupation, aucun travail ne retient son homme à la tâche, de trois à sept heures; empressés autour des jolies acheteuses, enveloppant les paquets, jouant au « calicot » comme leur maman ou leur sœur à côté jouaient à la marchande, glissant une œillade et ne perdant rien des petits profits du métier, ils étaient étincelants de belle tenue, merveilleux de correction. Dans la foule, deux médecins, accompagnant leur petite fille, et, entre deux visites, venus conduire l'enfant quelques instants dans ce paradis de soie, de dentelle, de fleurs et de parfums. Au milieu, les organisateurs, affairés, importants, recueillant les félicitations : le coup d'œil est charmant; cette idée des petites boutiques en décor de vieux Paris, cachant habilement les fenêtres d'où l'on verrait l'affreux terrain vague ou la triste palissade, est vraiment une trouvaille : le velum tendu sous la toiture de papier goudronné est d'un effet ravissant, et ce cinématographe, là-bas, dans le fond, avec sa lumière à la vapeur d'éther et à l'oxygène, est d'une modernité bien piquante : c'est un triomphe pour les organisateurs.

Et la foule afflue, encombre les étroits passages ménagés entre les comptoirs : les jolies femmes ont arboré une toilette nouvelle, lorgnent celles des amies, babillent gentiment. Par endroits, quelque brave bourgeoise habituée à compter, se console tant bien que mal par la contemplation écarquillée de tout ce luxe, de la mauvaise humeur avec laquelle elle a reçu la carte forcée, l'appel au louis d'usage, punition d'une tasse de thé acceptée imprudemment cet hiver, dans une maison où, pour organiser des œuvres, l'on met sans façon les amis en coupe réglée, avec l'amour-propre d'arriver à un plus gros chiffre que les rivales. N'importe, coquetterie des unes, amour-propre des autres, mondanité ici, charité vraie par-là, l'ensemble a pour l'instant un air de fête et de joie qui enchante : l'agitation de toute cette foule brillante, le tapis mouvant et bariolé que forme la mosaïque des toilettes claires, des rubans, des menus étalages, tout cela dit la joie de vivre, le bonheur superficiel et bruyant des classes fortunées, sûres ou insouciantes de l'avenir, aujourd'hui fêtant la confraternité humaine, l'amour des humbles et des déshérités, l'amour du prochain et de tout prochain.

Brusquement, en un clin d'œil, comme un décor d'opéra manœuvrant sur un signal, le spectacle change. Une longue flamme jaillit au plafond, d'un seul jet, allume le velum, court le long des murs, comme une rampe d'illumination. Les décors flambent, les poutrelles crépitent, et déjà du toit tombent des gouttes de goudron enflammé, pluie de feu allumant les panaches et les rubans des fraîches toilettes, les colliers de gaze, les fines dentelles. Un cri effroyable sort à l'unisson et dans une poussée affolée toute cette masse humaine se rue au hasard sur des issues qu'elle ne trouve pas, vers une porte qu'encombre un tourniquet (pour la statistique!), vers des fenêtres que cachent des stores épais, des comptoirs, des décors en flamme. Alors ce fut l'épouvante sans borne, le délire de la bête humaine déchaînée. Et voici ce que l'on vit. Le premier qui sortit, sain et sauf celui-là, connaissant bien les issues, fut un des organisateurs, un de ceux dont la création de ces fêtes constitue la profession, et même, dit-on tout bas, l'unique moyen connu d'existence, directement ou non. Puis ce furent les beaux jeunes gens, les jolis commissaires, tout à l'heure le sourire aux lèvres, maintenant jouant des coudes, se frayant quand même un passage, de toute la

force de leurs muscles jeunes, au milieu de cette foule de pauvres femmes déjà à moitié mortes de peur. Mais le flot est résistant : les chemins, trop étroits, entre les comptoirs, sont encombrés. Ce fut alors une chose horrible : le poing levé, la canne haute, ils se ruèrent sur ces malheureuses, renversant, piétinant, meurtrissant, augmentant encore l'épouvante sous ces coups inconnus frappés par derrière, jusqu'à ce qu'ils fussent arrivés à la porte, marchant sans pitié sur les vagues humaines. J'affirme que je n'ajoute pas un mot à la triste vérité : il reste des survivants qui ont vu ces choses épouvantables : quelques-unes, affolées, je veux l'espérer, ont dit avoir vu luire des couteaux..... illusion, souhaitons-le ! Mais ce qui est certain, c'est que celui qui écrit ces lignes a eu à soigner, parmi les blessés échappés à la fournaise, une femme dont l'unique plaie est une immense balafre, coup de *cravache* furieux, ayant coupé la figure... D'ailleurs, voyez ces listes terribles, martyrologe de la plus belle partie de notre aristocratie française : vous n'y trouverez, à part un vieillard et un tout jeune groom, a part vingt pauvres enfants aveugles tous disparus et dont on n'a même pas parlé, vous n'y trouverez pas un homme, sauf deux dont je parlerai bientôt, pas un seul de ces beaux jeunes gens, des brillants commissaires parés et titrés, tout à l'heure si aimables et si empressés. Pas un ne resta dans la fournaise. Pas un ne fut même blessé. Les seuls hommes qui le furent étaient des gens âgés, moins agiles et sans doute moins... pressés que les autres. Voyez la liste des sauveteurs récompensés et presque tous couverts de brûlures : ce sont des cochers, des valets de chambre, des cuisiniers, des agents, un vidangeur. Ah! ce ne sont plus les mêmes noms que sur la liste des commissaires!

Combien firent leur devoir? Une femme d'abord, la duchesse d'Alençon, qui voulut mourir à son poste, et resta debout à sa place, écœurée, peut-être, de tout ce qu'elle vit. Pouvant fuir, à toutes celles qui l'entouraient et voulaient l'entraîner, elle répondit : « Je suis la présidente et je sortirai d'ici la dernière. » Puis ce furent les Sœurs de charité, qui elles aussi laissèrent partir tout le monde avant elles. Deux y sont mortes; une autre, la sœur du Dr Récamier, fut affreusement brûlée et sauvée par miracle; une autre, plus miraculeusement encore, renversée sous une table par la foule, attendait, en priant, la mort et soudain, la table ayant été renversée, put sortir saine et sauve au milieu du brasier, le vide s'étant fait, déjà, hélas ! autour d'elle.

Dans l'immense charnier, amas de pauvres corps tordus et noircis, tendant au ciel des bras, des moignons dont les mains sont absentes, des torses dont les têtes sont disparues ou réduites à une écuelle vide de cervelle, bordée de dents blanches, tels que nous les vîmes le lendemain, dans l'atroce étalage du Palais de l'Industrie, — dans ce charnier, deux cadavres d'hommes seulement, sans compter le vieillard et l'enfant dont j'ai déjà parlé. L'un d'eux, trouvé l'un des derniers, derrière un monceau de corps de femmes, n'avait donc pas cherché à sortir avant elles : c'était un homme habitué par profession au spectacle de la souffrance humaine, déjà âgé de cinquante ans, ayant donc vraisemblablement pu garder son sang-froid et probablement pu s'enfuir comme tant d'autres, s'il eût voulu user des mêmes moyens. Le second était un homme jeune, actif, d'une calme et puissante énergie, ayant devant lui un magnifique avenir, déjà un nom, de nombreux amis, une famille charmante, une situation grandissant chaque jour, tout ce qu'il fallait pour tenir à la vie : une première fois sorti sain et sauf du brasier en sauvant sa propre femme, il y rentra volontairement, pour sauver sa fille, disent les uns, suivi par sa fille déjà sauvée et affolée, disent les autres, et uniquement alors pour opérer d'autres sauvetages.

Ces deux hommes, les *seuls* hommes valides qui soient restés sur le terrain, et qui tous deux sont morts *par leur faute*, ces deux héros, enfin, n'étaient ni des organisateurs de fêtes mondaines, ni des grands seigneurs restés à leur poste : c'étaient deux de ces individus dont le public commence à avoir assez, de cette corporation insupportable qui se plaint sans cesse, crie à l'exploitation du matin au soir, nous rebat les oreilles de mesquines questions d'honoraires, et dont on a toutes les peines du monde à obtenir un peu de serviabilité pour les autres et de pitié pour les malheureux : c'étaient, en un mot, deux médecins : Feulard et Rochet.

Il ne faut pas toucher aux pages d'histoire : je n'ajoute rien.

R. Bl.

BIBLIOGRAPHIE

Synthèse hydrologique thérapeutique et clinique; hydro-balnéaire des Pyrénées, par le Dr Garrigou. (2 vol. Rueff, 1897.) — Sous ce titre, M. Garrigou a réuni en deux volumes les leçons qu'il a professées, en 1896, à la Faculté de médecine de Toulouse et à l'Ecole d'hydrologie des Pyrénées. Dans ce remarquable travail, M. Garrigou a amoncelé une somme considérable de documents scientifiques dont la connaissance sera des plus utiles à tous les médecins hydrologues.

Le premier volume est consacré à l'étude des questions générales : historique de l'utilisation des eaux minérales et de l'enseignement de l'hydrologie; origine, propriétés physiques, chimiques et physiologiques des eaux. Toutes ces questions sont traitées de main de maître, et avec un luxe de renseignements qui en rendent l'analyse aussi difficile que la lecture attrayante.

Signalons cependant les points les plus originaux. M. Garrigou met bien en relief l'importance de l'union combinée de faibles doses d'un grand nombre de substances médicamenteuses, ainsi que cela s'observe dans les eaux minérales, pour produire des effets parfois surprenants. Ayant découvert dans les eaux la présence d'un grand nombre de métaux, il est conduit à s'occuper incidemment de la métalloscopie. Plusieurs leçons sont consacrées à la question capitale de l'absorption cutanée. Si la peau n'absorbe pas lorsqu'elle est saine, il n'en est plus de même lorsqu'elle est suffisamment ramollie, lorsque son épiderme est décapé et que la première couche cornée a été enlevée. Les courants électriques ont la propriété, ainsi qu'il résulte d'expériences récentes, d'aider puissamment à l'absorption de la peau. M. Garrigou est ainsi amené à étudier l'électricité dans les eaux minérales et à passer en revue les nombreux travaux qui ont paru sur ce sujet captivant.

Si, dans la première partie de ses leçons, M. Garrigou nous montre surtout ses qualités de savant et d'homme de laboratoire, dans la seconde, c'est le clinicien qui se révèle. Il étudie les applications à la clinique thermale des eaux pyrénéennes, sur lesquelles il a déjà tant écrit, et qu'il connaît à fond.

« Eviter, dit-il, des déboires au monde médical, vis-à-vis de telle ou telle source, relativement au choix commandé par l'état du malade, empêcher ceux-ci de perdre leur temps par un emploi inconscient de telle ou telle station, donner à chaque source sa véritable valeur scientifique et médicale, telle a été surtout notre plus grande préoccupation. »

M. Garrigou a pleinement réussi dans la tâche qu'il s'était imposée. Grâce à lui, la science a fait un nouveau progrès, et la chaire d'hydrologie, qu'il occupe si magistralement à la Faculté de Toulouse, va briller d'un nouvel éclat.

Les Récréations d'un Praticien, par le Dr H. Pauthier (de Senlis). 1 vol. in-18 de 150 pages. Prix : 2 francs. (Société d'Editions scientifiques.)

Comme son titre peut le faire présumer, ce livre n'est pas une manifestation pédante de la science médicale pure; c'est une suite de causeries frappées au coin du bon sens et pleines de conseils pratiques, non seulement pour l'homme de l'art, mais pour le citadin et le paysan. L'hygiène y tient une place honorable, mais les questions d'actualité médicale les plus récentes n'y sont pas négligées.

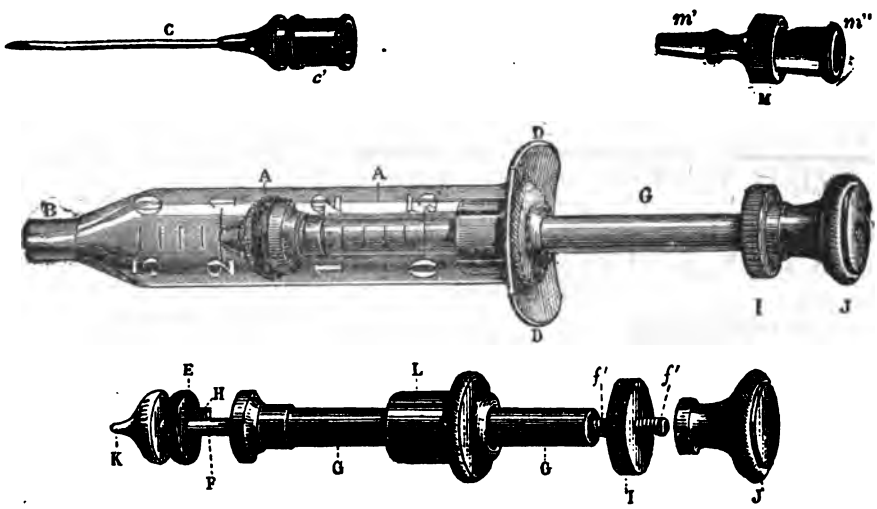
Cette modeste brochure, comme le dit le Dr H. Pauthier dans sa préface, est écrite sans prétention, presque au courant de la plume, ce qui n'enlève rien à ses qualités. Les obligations d'un service de presse ont force parfois le chroniqueur à faire quelques citations, mais celles-ci sont bien choisies et augmentent encore l'intérêt de l'ouvrage. Les malades qui fréquentent les stations thermales y trouveront de sages avertissements, les voyageurs et les promeneurs d'utiles recettes et tous les lecteurs d'agréables passe-temps.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Nouvelle seringue stérilisable. — M. Eugène Fournier a présenté à la Société de biologie (séance du 13 mars 1897) un modèle nouveau de seringue stérilisable qui présente plusieurs particularités intéressantes :



AA, corps de la seringue; B, support de l'aiguille C; DD, oreillettes; E, rondelle de caoutchouc spécial; F, axe central, à tête K; l'extrémité opposée, en pas de vis *ff*, reçoit l'écrou du serrage I et le bouton J formant contre-écrou; son ergot, ou taquet H, s'encoche dans l'embase *g*; G, gaine de l'axe central; L, douille métallique, formant le support du piston dans l'axe du corps de la seringue; M, ajutage mobile, recevant toutes aiguilles en *m'*, et s'adaptant en *m''* sur la pointe B de la seringue.

Le corps de la seringue est tout en verre, ce qui facilite singulièrement son montage et son démontage; le verre, parfaitement calibré, est très résistant et solide; le diamètre de sa pointe, dont le rodage est parfait, est exceptionnellement fort, ce qui assure à la monture de l'aiguille, qui est la même pour les seringues de toutes les capacités, une solidité aussi grande qu'avec une pointe en métal; son ajutage spécial permet d'adapter sur cette pointe toutes les aiguilles du commerce.

La graduation à double chiffraison, et partant du 0, à la surface du verre, lui donne une précision mathématique; cette graduation, faite à la main après jaugeage, permet de ne tenir aucun compte du liquide qui peut rester dans le cône de la pointe et dans l'aiguille.

La douille métallique flexible qui maintient le piston dans l'axe du corps de la seringue, assure un montage et un démontage instantanés.

L'axe central est cylindrique, ce qui évite tout grippement; il est platiné ainsi que la tête conique qui le termine à sa partie supérieure, ce qui le garantit de toute altération de la part des liquides à injecter; en raison de son fort diamètre, le pas de vis qui termine cet axe central à sa partie inférieure est gros et solide, ce qui donne une grande force au serrage.

Le piston, en caoutchouc spécial, est traversé à frottement dur à son milieu par l'axe central dont le mouvement de rotation est rendu absolument dépendant de celui de sa gaine, le taquet qu'il porte à sa partie supérieure et au-dessous de sa tête se trouvant enclavé dans l'encoche correspondante de l'embase de la gaine. Ce piston, dont le diamètre dépasse légèrement celui de la tête de l'axe central, se trouve comprimé par le serrage entre cette tête et l'embase de la gaine et ne peut ni se déplacer, ni se déformer.

Le serrage se fait régulièrement au moyen d'un écrou de serrage qui permet de l'augmenter ou de le diminuer à volonté et aussi insensiblement que possible, ce qui ne peut se produire avec les seringues dont le serrage se fait par fraction de tour.

Enfin le serrage mis au point voulu peut y être maintenu indéfiniment; le bouton de la seringue se vissant au-dessous de l'écrou, forme, en effet, contre-écrou en venant s'appuyer contre lui.

Le caoutchouc du piston n'éprouve ni altération, ni modification dans son élasticité, par une ébullition prolongée et incessamment renouvelée, ce qui rend la stérilisation facile : son diamètre étant un peu plus faible que celui du corps de la seringue, si, après chaque opération, on a le soin, en desserrant l'écrou, de ramener le piston à son volume normal, il ne peut y avoir aucune adhérence du caoutchouc avec le verre, et la seringue peut fonctionner indéfiniment, et toujours avec la même précision.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Hématocatarsis dans un cas de broncho-pneumonie infantile grave. Guérison.

Par M. le Dr E. Houël.

Il y a quelque temps je publiais dans le *Nouveau Montpellier médical* (1) une observation de broncho-pneumonie grippale guérie par des injections sous-cutanées de sérum artificiel, et je souhaitais de voir mes confrères essayer ce traitement. Je viens aujourd'hui apporter un nouveau cas de guérison obtenue à l'aide de ce même traitement. Il s'agit d'un enfant de 6 mois atteint de broncho-pneumonie très grave avec antécédents tuberculeux assez nets, qui, arrivé à la période d'agonie, a été sauvé par trois injections sous-cutanées d'eau salée à 7 0/00.

Voici d'ailleurs l'observation :

René D... est né le 14 août 1896; l'accouchement a été facile, l'enfant, assez gros, venait bien.

Antécédents héréditaires. — La mère, âgée de 29 ans, a été atteinte de chorée (?) à l'âge de 10 ans et demi. Elle a eu trois grossesses. Les deux premiers enfants sont morts : l'une de méningite à l'âge de 22 mois (très probablement méningite tuberculeuse); l'ainé est mort il y a deux ans, à l'âge de 4 ans, d'une broncho-pneumonie et néphrite sans doute aussi tuberculeuse; le troisième enfant est celui qui fait le sujet de cette observation.

Le père a eu, étant au régiment, une atteinte d'ictère; il y a six ans, il eut une pleurésie, et l'année suivante une bronchite (?). Il ne semble pas jouir d'une robuste santé, bien que n'ayant jamais besoin, dit-il, du médecin.

Le grand-père est mort d'une gastrite chronique; la grand'mère est vivante et se porte bien; une tante est faible de poitrine.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a pas encore été malade; il est nourri comme les deux autres enfants au sein maternel. A noter que cet enfant est gros et bouffi, et qu'il a, comme on dit vulgairement dans le pays, « la poitrine grasse », ce qui veut dire que souvent les bronches sont encombrées de mucosités qui déterminent une respiration bruyante.

Maladie actuelle. — Elle débute dans la nuit du jeudi 11 au vendredi 12 février. L'enfant se met à tousser, il est pris d'oppression s'accompagnant de fièvre. Le vendredi je suis appelé auprès de lui, et je songe à une bronchite à son début. Mais, étant donné qu'il y a deux ans le frère aîné a succombé à la suite d'une broncho-pneumonie avec

(1) Houël : Des bons effets de l'hématocatarsis dans un cas de broncho-pneumonie grippale. (*Nouveau Montpellier médical*, t. VI, 1897.)

néphrite, qu'une sœur est morte à 22 mois de méningite tuberculeuse, que le père a eu une pleurésie suivie de bronchite, que l'enfant a été en outre comme ses aînés nourri par sa mère qui me paraît chétive, je réserve mon diagnostic, me demandant si l'avenir ne réservait pas une surprise.

Traitement. — Grands cataplasmes sinapisés. Moutarde aux jambes qui seront ensuite enveloppées d'ouate et de toile cirée.

Potion avec :

Sirop de tolu	âà 60 grammes.
Looch blanc	
Carbonate d'ammoniaque	2 —

Tenir l'enfant dans une pièce aérée à température aussi constante que possible et voisine de 15° à 16°. Le sein toutes les deux heures bien régulièrement.

Le dimanche 14, l'enfant ne va pas mieux ; râles bronchiques plus nombreux, fièvre intense ne présentant que de rares rémissions, pouls rapide, enfant inquiet, agité, très oppressé.

Traitement. — Vomitif, potion, moutarde appliquée largement afin d'obtenir une révulsion énergique.

Le 15 février, même état, même traitement, à ajouter deux suppositoires de quinine, un le matin, un le soir.

Le 16, l'état ne s'est pas modifié, aucune amélioration ; bien au contraire, on sent que s'il survenait un changement, ce serait une aggravation du mal.

Continuer les prescriptions des jours précédents.

Le 17, le malade est toujours fort abattu ; la fièvre est tout aussi intense, et cette fois il n'y a plus à s'y méprendre, le bébé ressent les atteintes d'une maladie grave qui a déjà fait une victime dans la famille il y a deux ans. L'auscultation révèle des râles nombreux de broncho-pneumonie. Ces râles sont disséminés partout, en haut au sommet, à la base, en avant, en arrière, à droite comme à gauche. Au sommet droit et en arrière ces râles sont plus nombreux et moins secs.

Traitement. — Vésicatoire camphré de la grandeur d'une pièce de 5 francs à appliquer en arrière et à droite au sommet, le laisser deux heures et demie au maximum, et s'il n'a pas pris appliquer à la place un cataplasme de mie de pain et de lait. Panser aseptiquement avec de la vaseline boriquée deux fois par jour. Surveiller les mictions. Moutarde aux jambes. Changer souvent l'enfant de position. Le sein toutes les deux heures, et l'heure intercalaire une cuillerée à café de la potion suivante :

Extrait mou de quinquina	4 grammes.
Acétate d'ammoniaque	2 —
Teinture de cannelle	2 —
Benzoate de soude	2 —
Teinture de musc	5 gouttes.
Sirop de digitale	10 grammes.
Eau de laurier-cerise	5 —
Sirop de tolu	100 —
Todd ..... Q. s. pour faire	180 cent. cubes.

Continuer les suppositoires de quinine.

Le 18, l'état a empiré, le petit malade est tellement faible, tellement oppressé qu'il ne peut plus du tout prendre le sein ; à peine s'il peut avaler deux ou trois cuillerées à café de lait que sa mère lui tire de temps en temps de son sein. La toux est continuelle et l'oppression extrême détermine la cyanose des lèvres. Même traitement.

Le 19, même état alarmant. Nouveau vésicatoire en arrière et à gauche en prenant les mêmes précautions que pour celui appliqué le 16.

Le 20, enfant complètement cyanosé par suite de l'oppression ; la poitrine à l'auscultation est totalement remplie de râles du sommet à la base et des deux côtés. La face est bouffie. La maladie évolue absolument comme celle qui a fait succomber son frère il y a deux ans. Etant donné le jeune âge de l'enfant, il est impossible de recueillir des urines pour rechercher si elles contiennent de l'albumine.

Le 21, l'enfant me semble irrémédiablement perdu ; les extrémités sont froides, la moutarde n'amène plus de réaction, la respiration est devenue faible et irrégulière, le regard est voilé. Aussi malgré le tout jeune âge du malade, et la nature probablement tuberculeuse de la maladie, je me décide, avec l'approbation des parents, à tenter les effets d'une injection sous-cutanée d'eau salée à 7 0/00. Ma confiance en ce traitement est, il faut l'avouer, presque nulle ; mais il faut tout tenter pour essayer de sauver ce pauvre petit être que la Mort a déjà touché de son doigt glacial.

Je pratique donc *très lentement une injection sous-cutanée* de 120 centimètres cubes de la solution suivante :

Chlorure de sodium pur.....	35 décigrammes.
Eau distillée filtrée et bouillie.....	500 centimètres cubes.

Aseptiser autant que possible le flacon et le bouchon.

L'injection chaude (approximativement à 35° ou 40°) est poussée *très lentement*, je le répète, au moyen de la seringue de Roux, dans la région scapulaire.

Comme traitement complémentaire, la potion au quinquina et alcool, moutarde comme révulsif, et le lait maternel une cuillère à café de temps en temps si l'enfant peut le prendre.

Le 22, n'ayant reçu aucune nouvelle, je pensai que le bébé n'était pas mort, et j'allai de bon matin voir les résultats de mon traitement de la veille. Je pus facilement constater que l'enfant avait uriné davantage, il avait eu aussi tant soit peu de diarrhée. J'attribuai ces nouveaux symptômes à une petite crise (peut-être favorable) déterminée très probablement par l'injection, et je me disposai à en pratiquer une nouvelle de 130 centimètres cubes, non plus à la région scapulaire, mais à l'abdomen. Mêmes prescriptions que la veille.

Le 23, l'enfant me semble moins mal ; les mucosités se détachent plus facilement, et je puis même extraire de la bouche, après une quinte de toux, un crachat gris sale et excessivement visqueux. J'ordonne qu'on prenne bien soin de dégager les voies aériennes supérieures au moyen d'un pinceau chaque fois que cela sera nécessaire. Je laisse la diarrhée continuer bien que cette fois elle soit abondante. Cette diarrhée est en effet le résultat de l'injection, car en même temps les urines elles aussi sont plus copieuses.

Le 24, l'enfant est réellement moins mal ; il recommence à prendre le sein, il a ouvert les yeux et semble vouloir jouer. Nouvelle injection de 120 centimètres cubes à l'abdomen. Mêmes prescriptions.

Le 25, mieux sensible; dans le courant de l'après-midi de la veille, diurèse notable. L'enfant boit mieux et n'est plus aussi abattu que tous ces jours derniers.

Même médication. Ajouter une cuillère à café d'une solution de chlorhydro-phosphate de chaux, à prendre le matin dans un peu d'infusion d'oranger.

Le 26, l'auscultation dénote une grande amélioration sur les jours précédents.

La fièvre est presque complètement tombée et ne reprend que le soir. La toux est suivie d'expulsion de crachats que la mère extrait avec soin de la bouche de l'enfant.

Le 27, mieux très sensible sous tous les rapports. L'enfant boit bien et (signe très important) s'amuse.

Le 28, mieux continuel manifeste.

L'enfant ne tousse presque plus, l'auscultation permet de se rendre compte que les points envahis sont presque revenus à leur état normal; l'enfant s'amuse bien, sourit et s'intéresse aux taquineries des parents.

Le 1er mars, l'enfant continue d'aller de mieux en mieux, à peine s'il tousse encore un peu dans la journée, les nuits sont bonnes, sans fièvre.

Le 3 mars, je considère l'enfant guéri et cesse mes visites.

Le 5 mai, je rencontre l'enfant et trouve qu'il vient à merveille.

Réflexions. — Ce cas m'a suggéré les quelques réflexions suivantes :

1° Les injections sous-cutanées de sérum artificiel, poussées lentement, ne sont pas contre-indiquées dans les affections pulmonaires;

2° L'âge n'est pas une contre-indication, puisque mon petit malade avait à peine 6 mois;

3° Faites à une période moins avancée de la maladie, ces injections auraient certainement plus de chances pour guérir rapidement, puisque dans le cas présent, et dans celui que je publiais il y a quelque temps, elles ont donné de si beaux résultats même à la période ultime de la maladie;

4° Elles me semblent agir en déterminant une sorte de crise analogue à celle que l'on constate à la défervescence de la pneumonie (polyurie, diarrhée, sueurs, en même temps que les symptômes morbides s'amendent au plus vite);

5° Le manuel opératoire est à la portée de tous les médecins de campagne; il suffit pour pratiquer ces injections purement et simplement d'une seringue de certaine capacité, *facilement stérilisable* et d'une aiguille un peu longue. La seringue de Roux est parfaite pour ce genre d'injections;

6° L'important est d'être sûr de l'asepsie du liquide à injecter, des appareils injecteurs, de l'opéré et de l'opérateur. On évite ainsi une fâcheuse complication, recrudescence de la fièvre par suite de septicémie ou d'abcès déterminés par une main septique;

7° Enfin, j'engage mes confrères à les essayer dans quelques cas *in extremis*, peut-être en tireront-ils de bons résultats comme celui que j'ai l'honneur de leur soumettre encore aujourd'hui, et essayeront-ils ensuite sans attendre que le malade soit *in articulo mortis*. Ce serait pour moi une bien douce récompense que d'apprendre qu'un confrère a pu sauver quelques malades par ce traitement.

Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de bichlorure de mercure.

Par le Dr Cartier,
Médecin de 1re Classe de la Marine.

Comme le témoignent les récentes discussions survenues à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, le traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires est à l'ordre du jour. Tout l'honneur de cette conception thérapeutique revient, on le sait, à l'un des plus éminents syphiligraphes modernes, le Pr Scarenzio (de Pavie). C'est lui qui, en 1864, créa de toutes pièces la méthode des injections mercurielles *insolubles* qu'on appela aussi méthode des injections massives. Le traitement sous-cutané de la syphilis par le bichlorure, injections mercurielles *solubles*, fut essayé pour la première fois par Liégeois à Lourcine, et les résultats cliniques en furent publiés en 1869 dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Malgré ses échecs du début, Liégeois poursuivit ses recherches avec persévérance; il commença par réduire ses doses primitives, puis il régularisa et améliora si bien sa technique opératoire qu'il obtint de véritables succès qui contribuèrent à la rapide propagation de ce mode de thérapie hydrargyrique. Mais c'est surtout à l'étranger, en Autriche, en Allemagne et en Italie, que ce traitement fut apprécié; à Londres également, devant les améliorations considérables obtenues chez de nombreux malades, Bloxam se décida à en généraliser l'emploi. En France, le traitement de la syphilis par la méthode hypodermique est encore considéré comme un procédé d'exception. On peut se demander pour quelle cause cette méthode est, pour ainsi dire, frappée d'ostracisme dans notre pays; le motif, je crois, doit être cherché dans ce fait que les praticiens en sont restés à la mauvaise impression produite par les premiers essais du traitement. Cependant, dans ces dernières années, un retour s'opère : des perfectionnements ont été réalisés, et, en présence des avantages réels que la méthode permet d'obtenir, le nombre de ses partisans s'est accru notablement.

Dans les hôpitaux de la marine, malgré les résultats favorables constatés, ce mode de traitement ne s'est pas généralisé; il a cependant fourni l'occasion d'intéressantes études de la part de MM. les médecins principaux Fontan et Galliot dont les recherches ont inspiré les thèses inaugurales de plusieurs de nos collègues. M. Galliot s'est servi d'oxyde jaune suspendu dans de l'huile de vaseline : la dose employée était 10 centigrammes pour 1 gramme de véhicule; il n'a eu à regretter ni abcès, ni accidents généraux d'aucune sorte; aussi est-il enthousiaste de la méthode qui, d'après lui, aurait une heureuse influence sur l'évolution ultérieure de la maladie. Le Dr Caire a consacré sa thèse à l'étude des injections de calomel suspendu également dans l'huile de vaseline; comme le Dr Galliot, il insiste sur les bons effets thérapeutiques du traitement, mais il attribue au calomel une action plus irritante que celle de l'oxyde jaune, se traduisant par des accidents locaux, tels que des abcès, des nodules douloureux, etc. Le Dr Ray est arrivé aux mêmes conclusions. Enfin, le Dr Huot a étudié, dans le service du Dr Fontan, l'action comparative du calomel, de l'oxyde jaune et de l'huile grise : il pense que si le calomel est plus irritant que l'oxyde jaune, il est aussi plus actif, car, chez ce dernier, l'action thérapeutique est peu marquée, et son emploi n'empêcherait pas les récidives à brève échéance; au contraire, avec les injections d'huile grise, les accidents locaux sont exceptionnels ou insignifiants et les manifestations ultérieures plus rares. Comme on le voit, ces différents travaux n'ont eu pour objet que les sels *insolubles :* le calomel auquel on s'accorde à reconnaître le

maximum d'effet curatif; l'oxyde jaune et l'huile grise qui ont été expérimentés sur une grande échelle.

Mais le commun reproche adressé à la méthode vise la production de la douleur et des abcès; cette critique était surtout justifiée dans la phase des tâtonnements, mais actuellement, le manuel opératoire apporté dans la technique des injections étant à peu près fixé, les accidents du début n'apparaissent plus qu'à titre exceptionnel. Cependant, un nouveau problème se pose qui n'est pas résolu : quelle est de toutes les préparations mercurielles la meilleure?

Faut-il donner la préférence aux sels de mercure *solubles* ou aux préparations *insolubles?*

Encouragé par les succès obtenus en Allemagne par Lewin, à l'aide de l'emploi du bichlorure de mercure, et assuré de la tolérance du médicament par les expériences d'Œstreicher (1), de Loukasiewicz (2), de Piasecki (3), de Müller (4), j'ai traité pendant plusieurs mois tous les syphilitiques de l'hôpital Saint-Mandrier par des injections intramusculaires de bichlorure, ce sont les résultats de ce traitement que je réunis dans ces quelques pages.

Formule : A l'encontre des autres préparations mercurielles, dont l'emploi nécessite de grands soins et une certaine habitude qui empêchera toujours leur vulgarisation, la solution de bichlorure, au titre désirable, peut être facilement obtenue sans dispositif spécial. C'est là, déjà, on en conviendra, une réelle supériorité sur les autres composés mercuriels. Le bichlorure étant soluble dans l'eau qui en dissout environ le seizième de son poids à froid, j'ai employé la formule suivante :

Bichlorure de mercure.....	1	gramme.
Chlorure de sodium.....	3	—
Eau distillée.....	20	—

Le chlorure de sodium intervient ici dans le but d'augmenter la solubilité du bichlorure et d'assurer la fixité de la solution qu'il convient de filtrer afin de s'assurer que la substance tout entière a été dissoute. C'est aussi la formule qui a été préconisée par Loukasiewicz; celle de MM. les Drs Sprecher et Allgeyer, assistants du Dr Giovannani, professeur de syphiligraphie à Turin, ne diffère que par une proportion plus considérable de chlorure de sodium qui est cinq fois la quantité du sel mercurique. Ainsi titrée, la solution contient 5 centigrammes de bichlorure par seringue d'un centimètre cube.

Au début, afin de tâter la susceptibilité des malades, j'avais recours, suivant la gravité du cas, à des doses de 2 à 4 centigrammes; rendu plus confiant par la suite, et encouragé par les heureux résultats obtenus par Œstreicher, qui d'emblée avait recours aux doses de 5, 6, 8 et même 10 centigrammes, j'ai injecté uniformément et dès le début du traitement 5 centigrammes, dose qui n'a jamais donné lieu à aucun symptôme d'intolérance. Comme je l'ai appris par la suite, c'est aussi la quantité à laquelle avaient recours les

(1) Du traitement de la syphilis par les doses intensives de sublimé. (*Séance de la Société dermatologique* de Berlin, 5 mars 1877.)

(2) Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sublimé. (*Journal hebdomadaire* de la clinique de Vienne, 1892, n° 30.)

(3) Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de sublimé. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 février 1893.)

(4) Du traitement de la syphilis par les injections de sublimé. (*Revue dermatologique*, 1894; deuxième volume, première livraison, page 35.

Drs Sprecher et Allgeyer, sans observer eux aussi, le plus léger accident d'intolérance, au moins chez les hommes de leur service.

Manuel opératoire : Quant au manuel opératoire, il est fort simple; quelques précautions sont cependant nécessaires. La région d'élection pour les injections intra-musculaires est la région rétro-trochantérienne dont la surface cutanée est une des moins sensibles; quant à sa partie profonde, on sait que le grand fessier ne reçoit que quelques filets nerveux provenant du petit sciatique. La fesse doit être préférée à la cuisse, car, dans ce dernier choix, l'injection s'accompagne de vives douleurs que vient encore exaspérer la marche, ce qui s'explique, car la région crurale est moins souple que la région fessière; dans quelques cas on a proposé le deltoïde chez les hommes et la région interscapulaire chez les femmes. Le lieu choisi de la région fessière sera le point indiqué par Smirnoff-Galliot, situé à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus de la tête du grand trochanter et rejoignant l'extrémité supérieure du sillon interfessier; la peau devra être savonnée, brossée, puis lavée successivement au bichlorure et à l'alcool; l'aiguille de la seringue de Pravaz sera flambée et on aura soin de s'assurer de sa perméabilité. Cette antisepsie est une garantie, mais je dois ajouter qu'entre les mains des infirmiers les différentes phases qui la constituent étaient éludées sans cependant que j'aie eu à regretter le plus petit abcès sur les 641 injections pratiquées; on sait pourtant que la peau de nos marins et de nos soldats offre ordinairement un bon terrain de culture aux microbes banaux de la suppuration. Le patient étant debout, appuyé sur un meuble ou mieux encore couché sur le ventre ou sur le côté, l'aiguille sera enfoncée verticalement, afin d'en rendre la pénétration aussi profonde que possible; c'est qu'à l'heure actuelle, contrairement à l'avis qu'avait autrefois émis Smirnoff, l'injection intra-musculaire doit être préférée à l'injection sous-cutanée qui expose à des abcès. Blondel et Jullien conseillent même l'emploi d'aiguilles de 7 centimètres, afin de diminuer par des injections très profondes les chances d'abcès secondaires; ils préconisent aussi l'aiguille en platine iridié, car la solution mercurielle altère rapidement celles en acier, d'où l'obligation d'en changer souvent. L'aiguille introduite, on attend quelques instants afin de s'assurer qu'aucun vaisseau sanguin n'a été traversé, ce dont on s'apercevrait par l'issue d'une gouttelette de sang; grâce à cette précaution, on évitera ainsi de lancer immédiatement dans la circulation une dose massive de mercure, accident qui pourrait entraîner des effets toxiques; je rappellerai, en ce qui concerne les autres préparations (calomel, oxyde jaune, huile grise), qu'on a constaté la production d'embolies pulmonaires ayant entraîné la mort. On ajuste ensuite la seringue et l'injection est poussée doucement; en procédant avec lenteur, la douleur sera moins vive et la réaction locale plus faible; il convient surtout d'éviter la contraction musculaire, partant le rejet d'une goutte de la solution, sinon on peut être certain qu'il surviendra un abcès intercanaliculaire : aussi convient-il de retirer l'aiguille rapidement en comprimant les tissus avec les doigts. Contrairement à l'opinion de Mueller, je crois dangereux de masser la région, siège de la piqûre; il est préférable de l'abriter sous plusieurs couches de collodion qui empêchent l'extravasation liquide, aident la cicatrisation et s'opposent à la pénétration des germes provenant de l'extérieur. C'est encore au collodion qu'il faut avoir recours quand la région reste douloureuse dans les jours qui suivent.

Je répétais les injections tous les huit jours, exceptionnellement tous les cinq jours; il s'agissait alors de syphilis grave comme le démontrait l'apparition d'accidents oculaires. Enfin, il convient de faire l'injection alternativement des deux côtés et au moins

à 3 centimètres de l'injection précédente, de manière à ne revenir que longtemps après au point primitivement piqué. Dans les cas les plus ordinaires trois à quatre injections sont suffisantes pour faire disparaître les accidents de nature contagieuse, tels que plaques muqueuses; le chiffre de six à huit injections ne s'applique qu'aux malades sérieusement atteints ou le plus souvent indociles aux prescriptions hygiéniques banales. C'est ainsi que sur un total de 117 malades soumis aux injections intra-musculaires de bichlorure de mercure, 89 reçurent de trois à six injections, soit environ de 12 à 25 centigrammes de sublimé; 23, six à neuf injections, soit de 30 à 40 centigrammes de sel mercurique; enfin, chez 5 malades, le traitement a dû être interrompu. Les 641 injections pratiquées se décomposent ainsi : 54 à 3 centigrammes; 112 à 4 centigrammes; enfin 475 à 5 centigrammes.

Ce qui a le plus contribué à retarder la généralisation des injections intra-musculaires de mercure, c'est la douleur qu'elles déterminent et les abcès qui en résultent quelquefois. Je vais étudier en ce qui concerne l'emploi du bichlorure ce que ces deux reproches ont de fondé.

Douleur. — La douleur est certainement le grief le plus sérieux fait à la méthode de traitement. Mais, en ce qui concerne l'emploi du bichlorure, il cesse d'être justifié; cette critique s'applique plutôt aux préparations insolubles, car avec elles l'état inflammatoire de la région s'aggrave dans les jours qui suivent et souvent jusqu'au cinquième. Cependant, il convient de faire remarquer que dans quelques cas les injections de bichlorure qui, au début, sont bien supportées par le malade, deviennent par la suite douloureuses lorsqu'on en dépasse un certain nombre. Terrillon attribue alors la douleur à une sorte de saturation qui viendrait exagérer la réaction des filaments nerveux. C'est très vraisemblablement à cette cause qu'il faut attribuer les vives douleurs qui, chez 5 syphilitiques, m'obligèrent à suspendre le traitement. Mais cette douleur est essentiellement variable selon les individus; c'est ainsi qu'elle est plus vive chez les sujets amaigris; elle dépend aussi de la période du traitement : la première injection de bichlorure est ordinairement plus douloureuse que les suivantes; de plus, il faut distinguer la douleur qui accompagne l'injection de celle qui n'apparaît que le lendemain ou le deuxième et même le troisième jour. Ordinairement elle est immédiate, c'est à peine si, par la suite, l'endolorissement persiste vingt-quatre heures.

Comme on l'a conseillé, j'ai ajouté dans quelques cas un demi-centigramme de cocaïne à l'injection de bichlorure, mais la cocaïne a l'inconvénient d'entraîner parfois dans la marche un engourdissement pénible et prolongé; de plus, Hallopeau aurait vu des accidents survenir après une seule injection contenant à peine 6 milligrammes de cocaïne. Aussi pour ce motif conviendra-t-il d'user discrètement de cet anesthésique.

Abcès. — Quant aux abcès, à l'encontre de Sigmund (de Londres), qui prétend en avoir eu fréquemment avec le bichlorure, je n'en ai pas constaté un seul sur les six cents quarante et une injections que j'ai faites. On sait, au contraire, que cette complication n'est pas rare avec les autres préparations, malgré l'emploi de l'huile de vaseline qui a remplacé avantageusement comme véhicule l'eau gommée, la glycérine et l'huile d'olive autrefois en usage. Blondel assure même qu'on peut se mettre à l'abri de toute chance d'abcès en faisant des injections intra-musculaires très profondes. Mais je rappellerai à ce propos qu'on divise les abcès consécutifs aux injections intra-musculaires en deux variétés : les uns bactériens qui peuvent être évités, grâce aux précautions antiseptiques, les autres aseptiques qui relèvent surtout de la nature du sel mercuriel employé. De plus, j'ajouterai qu'on attribue à l'adiposité une influence prédisposant aux abcès; c'est

probablement à cette cause qu'est dû le grand nombre d'abcès observés chez les femmes. Seulement, dans une dizaine d'injections, j'ai constaté que la pression de la fesse donnait lieu, vingt-quatre heures après, à un peu d'endolorissement se traduisant par une augmentation de volume de la région; cette particularité fut observée surtout chez les sujets amaigris. Enfin, dans un seul cas, le gonflement, gagnant de proche en proche, a pu s'étendre à plusieurs centimètres de surface cutanée sans cependant intéresser la couche cellulo-adipeuse; mais, à la fin du troisième jour, tout rentra dans l'ordre, grâce au repos au lit et à des applications renouvelées de collodion.

Pour ce qui regarde les nodus consécutifs aux injections dus, on le sait, à l'action irritante du mercure sur le tissu musculaire, ils sont exceptionnels avec le bichlorure; c'est, au contraire, une complication fréquente avec le calomel et l'oxyde jaune, complication qui se manifeste dès le deuxième ou le troisième jour pour ne disparaître souvent qu'un mois après.

En outre, les injections intra-musculaires de bichlorure ne donnent lieu que très rarement aux phénomènes généraux réunis sous le nom de mercurialisme. Je ne parle pas, bien entendu, de la stomatite s'annonçant à grand fracas et se manifestant par la tuméfaction de la langue ou des ulcérations pouvant atteindre jusqu'au bord alvéolaire des mâchoires, mais même de la stomatite très légère simplement caractérisée par le goût métallique et le gonflement des gencives ou des glandes salivaires. Cette complication qui est fréquente avec les frictions ou avec le traitement buccal est exceptionnelle avec les injections intra-musculaires de sublimé. Je ne l'ai constatée que cinq fois sur cent dix-sept malades traités, mais en faisant figurer dans ce nombre trois cas de gingivite très bénins, un cas de moyenne intensité et seulement un cas assez accusé. La proportion est plus forte avec le calomel en injections, car elle atteint 20 0/0 des cas; cette supériorité du bichlorure s'observe également vis-à-vis de l'oxyde jaune qui, bien que mieux supporté que le calomel, a offert jusqu'à 10 0/0. C'est là, d'ailleurs, l'un des avantages de la méthode hypodermique, en général, de ne porter aucune atteinte à l'intégrité des voies digestives, de ne point les offenser, ce qui permet d'instituer un traitement tonique concomitant; le quinquina et les reconstituants pourront donc être administrés par l'estomac, et l'on sait quelle importance acquiert chez nos hommes revenant d'outre-mer un traitement réparateur. Aussi, si l'on établit un parallèle entre les accidents causés par le mercure introduit par la voie stomacale et ceux causés par le mercure absorbé par la voie hypodermique, on voit de quel côté se trouvent les avantages.

Indications et contre-indications. — Quelques-uns ont cru devoir restreindre l'usage général des injections, ne les jugeant utiles que dans certains cas déterminés par la sévérité des symptômes observés. A mon avis, c'est surtout dans la marine qu'il convient d'en généraliser l'emploi, car sait-on, au début d'une syphilis, si des manifestations graves ne surviendront pas par la suite? C'est pourquoi, devant les facilités du traitement intra-musculaire par le sublimé, on doit, dès le principe, y avoir recours, comme étant celui qui offre les garanties les plus sérieuses. Mais les injections seront surtout la règle toutes les fois qu'il faut agir vite et frapper fort; c'est le traitement de choix dans les pays chauds où l'état des voies digestives est souvent mauvais et aussi parce que la susceptibilité de la peau s'oppose aux frictions mercurielles. A Toulon, devant les progrès de la syphilis s'affirmant chaque année davantage, les injections devront être recommandées au dispensaire des filles soumises; ce serait là une mesure prophylactique excellente et la vraie façon de prolonger les soins hospitaliers sans trop grever le budget de l'Assistance publique, partant un moyen d'augmenter leur efficacité en abrégeant la durée des accidents contagieux.

Car la syphilis est surtout à craindre dans sa période secondaire, souvent fort longue: c'est à cette époque de la maladie que peuvent paraître, du jour au lendemain, les accidents les plus virulents qui rendent les visites purement médicales absolument illusoires. Cependant il convient de faire remarquer que, chez les femmes, les quantités de bichlorure ne devront pas dépasser 3 à 4 centigrammes, en raison des phénomènes d'intolérance que l'on rencontre surtout chez elles; ceci résulte des renseignements que le Dr Sprecher m'a obligeamment communiqués et dont la *Riforma medica* a donné l'intéressante relation (septembre 1895).

Mais le traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de sublimé présente quelques contre-indications qu'il convient de signaler : il ne faut pas faire d'injections chez les sujets dont les émonctoires fonctionnent mal ; jamais chez les tuberculeux, chez les hommes atteints de paludisme chronique; chez les diabétiques, chez les dysentériques ou ceux dont les voies digestives doivent être ménagées, non plus chez les malades atteints de suppuration, chez les variqueux, chez les albuminuriques dont l'affection relève d'une altération non syphilitique, telle que la néphrite interstitielle; enfin, on doit rejeter complètement l'usage des injections chez tous les diathésiques en général. Besnier pense même que les injections sont encore contre-indiquées chez les malades âgés, alcooliques athéromateux; en un mot, avant d'utiliser les injections de bichlorure, l'état des reins devra toujours être consulté.

Action des injections de bichlorure. — Cette influence n'a pas été déterminée sur le chancre ; étant donné le doute qu'il est toujours permis d'avoir sur la nature d'un chancre malgré son induration, je pense que le traitement mercuriel, quel qu'il soit, ne doit être institué qu'après l'apparition de la roséole qui est la signature de l'infection. L'expectation, bien que contraire aux intérêts de l'Etat, me paraît donc devoir convenir dans la majorité des cas.

Cependant, chez les malades traités, dès le début, par l'oxyde jaune, le Dr Galliot aurait constaté que le chancre se cicatrise en une douzaine de jours sans autre pansement que de simples soins de propreté.

« Nos syphilitiques, dit le Dr Galliot, ne sont pas atteints de roséole, et la preuve que le traitement *ab initio* et intensif entrave l'action hypergénétique de la syphilis, c'est que l'un de nos malades, ayant eu quatre injections, mais étant resté cinq mois sans traitement, est revenu en pleine éruption de roséole datant de quelques jours. » Cette particularité relevant de la méthode, plus encore que de la préparation mercurielle, est sans doute également applicable au bichlorure. Mais c'est surtout dans le traitement des plaques muqueuses que s'observent les effets curatifs des injections intra-musculaires. On sait qu'il n'est pas d'accident plus redoutable au point de vue de la contagion dans les agglomérations d'hommes à bord des bâtiments et dans les casernes; ce sont aussi les plus fréquemment observés et ceux qui amènent le plus de malades à l'hôpital. Le tempérament scrofuleux de beaucoup de nos marins, le mauvais état de la bouche, l'usage de la cigarette et de la chique, l'alcoolisme enfin rendent chez eux ces accidents particulièrement rebelles. Avec les injections intra-musculaires de sublimé, les plaques muqueuses de la bouche disparaissent, en général, au bout de deux ou trois injections; celles qui résistent sont souvent dues à la mauvaise dentition ou au mauvais vouloir des hommes qui, refusant de se soumettre aux prescriptions hygiéniques recommandées en pareil cas, conservent leurs habitudes invétérées de tabagisme. Les syphilides ulcéreuses sont aussi heureusement modifiées par l'emploi du sublimé en injections. Mais les exanthèmes nécessitent plus de temps que les plaques muqueuses. Dans trois cas de psoriasis, il a fallu

jusqu'à neuf injections; l'un d'eux, à localisation plantaire, est resté complètement rebelle au traitement. Dans un cas de syphilis papuleuse, il a fallu huit injections pour obtenir la guérison. Même lenteur dans un cas de syphilis maculeuse. En général, les syphilides nécessitent un grand nombre d'injections, surtout les formes tardives. Les accidents tertiaires bien que non contagieux sont justiciables de la même méthode, mais mon expérience est nulle à cet égard, car ceux-ci sont assez rares dans nos hôpitaux, en raison du personnel spécial qui les alimente; nos syphilitiques sont, pour la plupart, des jeunes gens accomplissant leur service militaire, tandis que les accidents tertiaires se rencontrent plus ordinairement chez les sous-officiers de la marine ou chez les soldats rengagés des troupes coloniales.

Quant à la durée de l'effet thérapeutique, il est variable. Assurément il y a des récidives. La syphilis étant une affection à longue portée, on ne saurait prétendre à sa guérison définitive à la suite d'un traitement d'une aussi courte durée que celle nécessitée par cinq ou six injections. Mais de même que l'ont constaté Lewin (de Berlin), Newman (de Vienne), je pense pouvoir attribuer au traitement par les injections intra-musculaires une plus longue influence dans la disparition des accidents contagieux que celle exercée par le traitement buccal, et, en ce qui concerne le bichlorure, une action au moins égale à celle des autres préparations mercurielles utilisées en injections.

Conclusions. — En résumé, je crois que les injections intra-musculaires doivent devenir le traitement de choix de la syphilis. Mais, si l'on veut en généraliser l'emploi, il faut en simplifier la technique, la rendre facilement accessible à chacun et la perfectionner au point qu'elle permette d'éviter toute espèce de complications et d'accidents. Le bichlorure me paraît permettre la réalisation de ces conditions : moins irritant que le salicylate, le calomel et le mercure métallique, il est d'un maniement plus commode. On a reproché aussi à ces différentes préparations de n'être jamais assez divisées, de boucher la lumière de l'aiguille au moment d'une injection et de favoriser la stomatite. La supériorité du bichlorure s'affirme également à l'égard de l'oxyde jaune qui s'altère rapidement à la lumière et devient, lui aussi, très irritant lorsque la préparation est un peu ancienne, d'où l'obligation de n'en préparer que la quantité à peine nécessaire.

Un avantage incontestable de la méthode intra-musculaire en général résulte de l'introduction dans l'économie d'une quantité strictement déterminée de substance active; cette supériorité sur les frictions et sur la méthode buccale ne saurait être négligée, surtout si l'on admet, avec Hayem, que la quantité de mercure passée par la bouche et rendue par les fèces peut atteindre jusqu'à 72 0/0. Cet avantage est surtout réalisé avec le sublimé dont on peut doser la substance active mieux encore qu'avec les autres préparations mercurielles insolubles; cette puissante considération est de nature à fixer le choix sur le bichlorure.

Le médecin est aussi assuré que le malade suit son traitement, et, en même temps il connaît la quantité de mercure introduite dans l'organisme. Grâce au sublimé, la méthode des injections est d'application commode, ce qui permet de l'utiliser à bord des bâtiments, dans les infirmeries régimentaires, mieux qu'avec le calomel et l'oxyde jaune. Le traitement de la syphilis par les injections de bichlorure est absolument inoffensif, à condition de se conformer aux indications que j'ai exposées. Dans la très grande majorité des cas, tous les syphilitiques peuvent être soumis à ce traitement sans accident, même en employant, dès le début, la dose de 5 centigrammes par injection intra-musculaire; ces doses ne s'appliquent qu'aux hommes; pour les femmes il aurait lieu d'être plus circonspect.

Comme je l'ai dit, avec ces injections les manifestations syphilitiques cèdent rapidement, c'est là un avantage précieux, non seulement pour les cas graves, mais encore pour les syphilides du visage, par exemple. L'emploi du bichlorure entraînant la prompte disparition des accidents contagieux se fortifie encore d'un avantage financier qui mérite d'entrer en ligne de compte. Je veux parler de la réduction des frais d'hospitalisation des syphilitiques; tous les médecins des hôpitaux ont insisté sur les bénéfices budgétaires réalisés par l'emploi des injections mercurielles. Pour Saint-Mandrier, il convient de rappeler que les maladies vénériennes grèvent actuellement le budget de la Marine de 134,000 francs et que les syphilitiques fournissent les 34 0/0 des malades de cette catégorie (1).

L'alimentation des malades au moyen d'un lait modifié.

Par le Pr W. Jaworski (de Cracovie).

Le lait de vache joue un rôle important dans le régime des malades, soit comme aliment simple, comme dans la phtisie, soit comme agent thérapeutique, comme dans les affections rénales et gastro-intestinales. Il est vrai que le régime lacté est dans beaucoup de cas difficile à instituer. Comme il faut une grande quantité de lait pour parer aux besoins journaliers de la nutrition organique et de la réfection des tissus, on voit chez des malades dont l'estomac est d'ailleurs en bon état se développer une dilatation stomacale atonique, s'opposant à la continuation du régime lacté. Dans d'autres cas, les malades ne supportent pas, dès le début, le lait de vache, car la digestion de cet aliment provoque chez eux des troubles gastriques.

Le lait de vache, et plus spécialement le lait qu'on se procure chez le détaillant, varie dans de grandes proportions au point de vue de sa composition, pour des raisons multiples et bien connues. Il résulte de ces inconvénients que le médecin, en prescrivant le régime lacté, ne sait jamais quelle quantité d'aliment utile recevra le malade. Le lait de vache non adultéré présente en moyenne la composition suivante : 3,3 0/0 de graisse, 3,6 0/0 d'albuminoïdes, 4 0/0 de sucre de lait et environ 0,6 0/0 de sels, correspondant à 61 calories. La valeur calorique d'un litre de lait équivaut par conséquent à environ 610 calories. Comme l'adulte au repos a besoin d'environ 2,000 à 2,500 calories en vingt-quatre heures, il faudrait absorber, pour sustenter chaque jour l'organisme, environ 3 litres et demi à 4 litres de lait de vache : cette quantité est difficilement digérée par l'estomac. Il y a donc lieu de chercher à trouver un lait dont les malades ne prendraient que des quantités moins grandes, et qui présenterait une valeur nutritive aussi élevée que possible, sans que le goût du lait ne subisse de notables modifications. Sous ce rapport, nous citerons le lait condensé, qui représente un bon succédané du lait pour les voyageurs, par exemple, mais n'est pas supporté à la longue par les malades, et atteint un prix trop élevé pour être facilement utilisé pendant longtemps. D'un autre côté, on a recommandé à plusieurs reprises dans ces derniers temps (Klemperer, Boas, v. Noorden, Rosenheim), la crème du lait qui contient une proportion élevée de graisse, et

(1) *Archives de médecine navale et coloniale*, mai 1897.

présente une valeur calorique élevée. Mais la plupart des personnes ont un préjugé contre cette alimentation, car elles considèrent la crème comme indigeste et même nuisible. Il est certain qu'après l'ingestion de crème, on voit encore plus souvent qu'après l'absorption de lait les malades se plaindre de mauvais goût, de pyrosis, de gêne et de douleurs stomacales; ils essayent de lutter contre ces sensations en buvant de l'eau ou du thé. Les troubles observés après ingestion de lait de vache ou de crème paraissent tenir à la manière de se comporter de ces substances en présence du suc gastrique de l'homme. Si on en effectue la coagulation dans un thermostat, sous l'action du suc gastrique, il se formera un coagulum unique résistant ou des coagula plus petits qui gagneront le fond du vase, laissant surnager le sérum du lait. Les recherches modernes concernant le mécanisme de la digestion stomacale ont démontré que l'estomac fait une sorte de choix parmi les aliments qu'il contient; en effet, à chaque systole de la portion pylorique, les liquides passent en premier lieu à travers le pylore, tandis que les parties solides, telles que les caillots de caséine, sont pressées contre les parois stomacales et retenues dans la poche gastrique : les malades atteints d'hyperesthésie stomacale accusent de ce chef des troubles divers, qui durent aussi longtemps que le coagulum de caséine n'a pas été transformé en une masse pâteuse par ingestion consécutive de liquides (eau, thé, café). Cette masse pâteuse peut alors franchir le pylore, et ce processus nous explique pourquoi beaucoup de personnes supportent mieux un mélange de lait avec du thé, du café et même de l'eau, que du lait pur. Les mélanges en effet ne se transforment dans l'estomac qu'en une émulsion ne contenant que de petits flocons coagulés, qui traversent aisément la portion pylorique à chaque systole et arrivent ainsi dans le duodénum : il n'y a pas dans ce cas formation de caillot résistant de caséine. On s'explique de même par ce processus que la sensation de soif se manifeste quelque temps après une absorption copieuse de lait, car le sérum du lait a quitté depuis longtemps l'estomac, alors que les coagula de caséine attendent encore qu'un nouvel apport de liquide les dissolve et les fasse passer à l'état d'émulsion à travers le pylore. La crème présente en outre un autre inconvénient pour la digestion : quand on l'obtient par séparation lente, en laissant le lait au repos pendant plusieurs heures, elle finit par contenir beaucoup plus d'organismes provoquant la fermentation que le lait lui-même, se trouve en état de fermentation et renferme une plus ou moins grande quantité de graisses rances. Il faut enfin faire ressortir que la crème présente une composition (5 à 14 0/0 de graisse) encore beaucoup plus variable que le lait : en se servant donc de crème dans un but alimentaire, on saura beaucoup moins encore quelle est la quantité de substance nutritive que le malade ingère.

Des essais nombreux, destinés à parer à ces inconvénients, et à satisfaire aux desiderata énumérés au commencement de cet article, ont démontré qu'un lait, pour remplir convenablement un but alimentaire, devrait présenter les proportions suivantes d'éléments constitutifs : 10 0/0 de graisse, 18 0/0 d'albumine, 6 0/0 de sucre de lait et environ 0,3 0/0 de sels, représentant 125 calories. Ce lait contenant environ trois fois autant de graisse que le lait de vache ordinaire, peut être désigné sous le nom de *lait triple*. Si l'on dépasse la proportion de 10 0/0 de graisse, les malades trouvent que le lait rassasie trop vite, et si l'on dépasse celle de 6 0/0 de sucre de lait, le mélange devient trop doux. Si l'on dépasse la proportion d'albumine indiquée, le lait ne donnera plus des caillots ténus. Si l'on fait des expériences comparatives de coagulation au thermostat entre le lait ordinaire et le lait triple, on est de suite frappé des différences entre les deux processus. Le lait ordinaire donne un caillot épais, l'autre conserve un aspect qui rappelle celui de la

crème. Un litre de lait triple correspondant à 1,250 calories, il en résulte que sa valeur nutritive équivaut à celle de 2 litres de lait ordinaire.

Il serait difficile d'obtenir à domicile un lait de ce genre, par exemple en diluant de la crème dans du lait. Il faudrait se procurer une crème contenant environ 20 0/0 de graisse et y ajouter une quantité égale d'eau et 4 0/0 de sucre de lait. Pour obtenir un litre de ce mélange, il faudrait traiter la couche supérieure de crème que l'on peut récolter sur une quantité de 30 à 40 litres de lait ayant longtemps reposé : il serait en outre nécessaire de déterminer, avant la dilution, la teneur en graisse, de peser le sucre de lait et de stériliser le mélange ; ces manipulations ne sont guère faciles à exécuter à domicile. Il est au contraire aisé d'obtenir en quelques minutes dans de grandes laiteries possédant des appareils à centrifuger le lait, une crème provenant de lait frais et contenant une proportion déterminée de graisse. On peut arriver par deux procédés à fabriquer ensuite du lait triple au moyen de cette crème. 1° On préparera une crème à 20 0/0 de graisse, on la diluera en ajoutant de l'eau dans la proportion voulue et on portera la teneur en sucre de lait à 6 0/0. 2° Il est plus avantageux de suivre les recommandations que donne Gaertner pour la fabrication de son lait, et de commencer par diluer le lait frais, d'en extraire la crème à 10 0/0 par centrifugation et d'ajouter le sucre de lait jusqu'à l'obtention de la proportion de 6 0/0. Le lait ainsi obtenu devra être, en hiver, stérilisé une fois, et deux fois en été. Le poids spécifique devra atteindre 1,021 environ.

Comme il est souvent nécessaire de pouvoir disposer d'un lait contenant moins de graisse, pour préparer les malades à l'alimentation par le lait triple, on pourra, par un procédé analogue, obtenir un *lait double* de la composition suivante :

7 0/0 de graisse, 1,8 0/0 d'albumine, 6 0/0 de sucre de lait et environ 0,3 0/0 de sels, correspondant à 97 calories et du poids spécifique de 1,027. Un litre de ce lait donnera donc 970 calories.

Pour l'alimentation des vingt-quatre heures, on pourra en moyenne donner 2 litres de lait double et 1 litre et demi de lait triple. La proportion d'albuminoïdes étant insuffisante, on fera prendre en outre des œufs sous diverses formes faciles à digérer ou de la viande de veau, ce qui donnera par exemple pour l'alimentation quotidienne les proportions suivantes :

Un litre et demi de lait triple.....	1875 calories.
Quatre œufs à la coque.....	228 —
Une demi-livre de viande de veau	182 —
	2285 calories.

Pour introduire un peu de variété dans cette alimentation, on peut utiliser le lait triple pour la préparation de potages au lait, avec du riz, du tapioca, du sagou, etc.

Au point de vue bactériologique, il faut considérer les points suivants : le lait de vache examiné donna 250,000 germes par centimètre cube. Le lait triple obtenu par centrifugation se montra plus riche encore en bactéries : 430,000 par centimètre cube : la stérilisation s'impose en conséquence. Une simple stérilisation donna pour le lait double 24 germes, pour le lait triple 64 germes par centimètre cube. Une seconde stérilisation permit d'obtenir pour les deux sortes de lait une absence complète de germes.

Les essais faits avec le lait triple sur vingt-quatre malades de la clinique universitaire de Cracovie, sous la direction du Pr E. de Korczynski, ont donné en résumé les résultats suivants :

1° Les malades et les bien portants acceptèrent facilement le lait triple;

2° La quantité quotidienne maximum de lait triple se monta à 1 litre et demi à 2 litres; elle fut digérée sans provoquer aucun trouble digestif. On n'observa pas de diarrhées à la suite de l'ingestion de cet aliment, à moins de prédisposition toute spéciale à la diarrhée. Les malades souffrant de constipation virent leurs selles se régulariser après l'absorption d'un litre et demi de lait triple par jour. Les selles ne présentèrent aucune modification macroscopique ou microscopique après cette ingestion;

3° L'augmentation de poids se monta en moyenne à 1 kilogramme par semaine;

4° Le lait triple extrait au bout d'une demi-heure à une heure de l'estomac ne présente aucun phénomène de coagulation : il reste à l'état d'émulsion;

5° En comparant des quantités égales (200-300 centimètres cubes) de lait triple et de lait ordinaire, on reconnaît que le premier abandonne l'estomac plus rapidement que le second. La différence atteint quinze à vingt minutes.

Les avantages du lait triple comparé au lait ordinaire sont les suivants :

1° La composition chimique est constante. Le médecin peut en conséquence doser l'alimentation comme s'il s'agissait d'un médicament, et savoir toujours si la quantité de nourriture ingérée est suffisante;

2° Le lait triple représente une alimentation lactée aussi concentrée que possible, car il faut tenir compte du goût de la préparation. On introduit, grâce à lui, plus du double de substances alimentaires dans l'organisme que si l'on donne une même quantité de lait, aussi cette alimentation ne fatigue-t-elle pas l'estomac;

3° Le lait triple est digéré par les malades sans troubles digestifs, et cela beaucoup mieux que la quantité de lait ordinaire présentant la même teneur en substances nutritives. La prescription du régime lacté peut donc s'effectuer plus facilement avec le lait triple, qui est tout indiqué aussi dans les cures de gavage;

4° Bien préparé, le lait triple est exempt de ferments et de bactéries pathogènes; il ne provoquera donc pas de fermentations gastriques ou d'états infectieux;

5° Le lait triple se prête, comme le lait ordinaire, aux préparations culinaires à base de lait : on peut aussi l'additionner d'eaux minérales.

Le lait triple représente donc pour les malades adultes un aliment qui satisfait aux exigences des médecins et des patients (1).

---

(1) *Therapeutische Monatshefte*, mai 1897.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 Mai 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. Vogt dépose sur le bureau de la Société quelques exemplaires d'un *Bloc-notes diététique* (1), traduit de l'allemand avec quelques modifications; ce bloc-notes consiste en un carnet à souches, dont le talon est destiné à permettre au médecin d'inscrire le nom du malade, le diagnostic et quelques remarques éventuelles. Sur le feuillet à détacher et à remettre au malade, se trouve imprimé le régime alimentaire indiqué dans chacune des dix-sept maladies ou états constitutionnels pour lesquels le bloc-notes a été établi. Il existe un bloc complet, contenant quelques feuillets pour chacune de ces dix-sept maladies, et des blocs spéciaux dont chacun ne contient que des feuillets relatifs à une seule maladie.

M. Mathieu donne lecture de la première partie de son travail concernant les *indications dans l'entérite muco-membraneuse*. Chez cent vingt malades sur huit cent soixante-huit examinés à ce sujet, l'auteur a trouvé des glaires dans les selles : l'entéro-colite muco-membraneuse *vraie*, avec douleurs et accidents spéciaux, est plus rare (trente-trois cas, dont quatre hommes seulement), mais incomparablement plus fréquente chez la femme. La *constipation* est la règle absolue chez ces malades, les diarrhées observées chez quelques malades au cours de l'affection ne sont que la manifestation de processus irritatifs provoqués par le passage des masses fécales durcies. Il y a lieu, en outre, de se demander si ces malades présentent des *lésions de la muqueuse intestinale*. Les deux travaux les plus importants concernant ce côté de la question, ont été faits à Berlin : tous deux concluent à l'absence de lésions profondes de la muqueuse, car les masses muco-membraneuses sont uniquement composées d'une trame de mucus concrété, avec de rares globules de pus et quelques épithéliums très déformés. L'hypersécrétion muqueuse constitue donc le caractère prédominant de l'entéro-colite. Deux autopsies dues aux frères Rottmann ont démontré l'existence de lésions superficielles de la muqueuse du côlon seul, sans ulcérations ni inflammation.

L'*état nerveux* se retrouve chez presque tous les malades : cet état se présente à tous les degrés, à partir de l'émotivité simple jusqu'à l'hystérie.

L'examen par palpation méthodique de l'abdomen permet en outre de se rendre compte de l'existence de la *corde colique de Glénard*, avec ressaut caractéristique quand on laisse échapper brusquement le côlon que l'on est en train de palper. L'élément *contracture* n'est pas permanent : on doit le combattre, car il provoque un endolorissement du point contracté.

La *néphroptose* existait dans la moitié des cas de l'auteur, mais elle ne provoque pas nécessairement des accidents douloureux, il faut une prédisposition nerveuse : dans ce dernier cas, l'apparition de la néphroptose produit une localisation à l'abdomen des troubles nerveux auparavant généralisés.

L'existence de *lésions génitales* chez les malades atteintes d'entéro-colite muco-membraneuse est fréquente : on a admis qu'il y avait alors propagation des inflammations génitales au tractus

(1) Chez Reinwald, à Paris.

intestinal, mais l'auteur croit qu'il est préférable d'adopter l'hypothèse d'une intervention du système nerveux semblable à celle qui provoque les douleurs et les accidents consécutifs à la néphroptose.

Beaucoup de ces malades présentent aussi des troubles de *dyspepsie gastrique;* M. Albert Robin admet même que l'hypersthénie gastrique est une cause d'entéro-colite. Cette hypothèse ne semble pas à l'auteur conforme à la réalité des faits, car sur neuf malades examinées à ce point de vue, on constata quatre fois seulement de l'hyperchlorhydrie, et cinq fois de l'hypochlorhydrie. Il serait donc erroné de conclure à l'hypersthénie en présence d'une entéro-colite muco-membraneuse. Ces malades présentent plutôt comme trouble presque constant, de la *dyspepsie nervo-motrice,* caractérisée par une tendance à l'incoordination des mouvements de l'estomac, et du clapotage; la dilatation vraie, avec stase reconnaissable à l'examen du contenu de l'estomac à jeun, est rare. On retrouve aussi souvent un point douloureux localisé à la région du pylore, c'est le *point pylorique*, indiquant un état de spasme avec endolorissement.

On trouve quelquefois aussi du *sable intestinal* et les *coliques appendiculaires* de Talamon, phénomènes douloureux simulant ceux de l'appendicite, et disparaissant au bout de trois à quatre jours. Dans deux des cas examinés par l'auteur, il y eut appendicite réelle; il faut donc admettre, avec Reclus et Talamon, qu'il y a un certain rapport entre ces deux affections. L'auteur ne croit pas à l'existence de la *colique intestinale calculeuse* de Dieulafoy : il n'est en effet guère possible que le sable ténu que l'on rencontre dans l'intestin provoque des crises analogues aux coliques hépatiques ou néphrétiques, dans un tube de large diamètre.

L'orateur terminera, dans la prochaine séance, sa communication, et traitera le côté thérapeutique de la question.

M. Dalché, à propos de l'étiologie de l'entéro-colite muco-membraneuse que l'on trouve chez les malades atteintes de troubles génitaux, pense qu'il ne faut pas oublier que la compression mécanique produite par les organes malades sur l'intestin favorise la constipation. Les lésions utérines peuvent être minimes, mais elles jouent un rôle dans la production de l'entéro-colite, car cette dernière s'exaspère en général au moment des règles. Empis a vu, dans d'autres cas, une alternance entre les accidents intestinaux et génitaux.

M. Weber fait remarquer que les traitements chirurgicaux et médicaux tendent tous au but de parer aux tiraillements qu'exercent les ptoses sur les filets du plexus solaire. Il est de toute nécessité de mettre ces filets nerveux en état de repos.

M. Jasiewicz ne croit pas qu'un corps étranger doive nécessairement être volumineux pour provoquer des coliques. Il suffit d'un atome de poussière pour déterminer une conjonctivite très douloureuse; une muqueuse enflammée réagira en présence d'un corps étranger de volume minime.

M. Mathieu objecte que l'on n'observe des coliques avec gravier qu'au moment où se fait une expulsion de fausses membranes : cette expulsion est tout aussi douloureuse quand on ne décèle pas dans les matières rejetées l'existence de sable intestinal. On n'a pas encore cité un seul cas dans lequel l'expulsion de sable pur aurait provoqué des douleurs.

M. Saint-Yves Ménard fait ressortir qu'il faut distinguer entre la tolérance de la muqueuse normale et celle de la muqueuse enflammée.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE
Médecin des Hôpitaux.

Traitement de la tuberculose et d'autres affections infectieuses par les oxytoxines. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 6 mai 1897.) — Le Pr HIRSCHFELDER (de San-Francisco) fait remarquer que la quantité d'antitoxines que l'on peut introduire, au moyen de la sérothérapie, dans un organisme atteint de tuberculose, par exemple, est minime : il y a donc lieu de chercher à attaquer le problème par une autre voie. On sait que la laparotomie produit une influence curative indéniable sur la tuberculose péritonéale, et l'auteur admet que cette influence est due à l'arrivée de l'air qui provoque une oxydation de la tuberculine; il y a donc production d'une *oxytuberculine* qui agit sur la tuberculose dans un sens favorable. Le problème consiste donc à obtenir une oxydation des toxines en dehors de l'organisme, de façon à se procurer des antitoxines en quantité suffisante pour une utilisation thérapeutique.

Des expériences nombreuses ont permis, en fin de compte, à l'auteur de reconnaître que lorsqu'on soumet pendant longtemps à la stérilisation un mélange de tuberculine et d'eau oxygénée, on modifie à ce point la tuberculine que l'on peut l'utiliser à très hautes doses dans un but curatif. L'auteur donne tous les détails sur le mode d'obtention de cette oxytuberculine, provenant de cultures extrêmement virulentes; l'oxytuberculine ne doit plus, au moment de l'emploi contenir aucune trace de tuberculine ou d'eau oxygénée.

Pour les cas où des infections secondaires viennent compliquer la tuberculose, l'auteur a préparé une *oxysepsine* tirée de cultures microbiennes provenant des crachats. On peut injecter sous la peau, en une fois, des quantités d'oxytuberculine correspondant à 2 gr. 5 de tuberculine, et jusqu'à 60 centimètres cubes d'oxysepsine, sans aucun inconvénient. La dose moyenne est de 20 centimètres cubes d'oxytuberculine et de 10 centimètres cubes d'oxysepsine.

Les résultats thérapeutiques sont les suivants : diminution, au bout de peu de jours, de la toux et de l'expectoration, amélioration rapide de l'état général, de l'appétit. Le nombre des bacilles diminue rapidement et ils disparaissent souvent même tout à fait des crachats. Depuis novembre 1895, époque où furent commencées les expériences, les cas guéris n'ont pas présenté de récidives. On peut très facilement observer sur les larynx atteints de tuberculose, les modifications que provoque l'emploi de cette méthode.

L'auteur a surtout pour but, dans cette communication préalable, de démontrer que les antitoxines ne sont que des toxines oxydées, et qu'on peut les obtenir en grandes quantités par voie chimique. Un nombre plus considérable d'expériences est nécessaire pour pouvoir affirmer que la méthode permettra d'enrayer même les cas très avancés de tuberculose.

E. VOGT.

Complications broncho-pulmonaires de la rougeole, par HUTINEL. (*Presse médicale*, n° 38, 10 mai 1897.) — Les enfants atteints de bronchopneumonie au cours de la rougeole doivent être isolés et surtout éloignés des sujets atteints de rougeole simple.

L'isolement ne doit pas se limiter aux cas de broncho-pneumonies déjà déclarées; il doit s'étendre aux enfants qui en sont menacés, soit parce qu'ils ont eu antérieurement un catarrhe plus ou moins grave, soit parce qu'ils ont séjourné dans un milieu contaminé où ils ont pu prendre le germe d'une infection, soit parce qu'ils sont porteurs de lésions qui, par elles-mêmes, constituent autant de foyers d'infection.

L'enfant, quel que soit le milieu où il se trouve, doit être tenu dans un état de propreté absolue et presque excessive. Si la peau est suspecte, excoriée, eczémateuse ou simplement sale, il

ne faut pas hésiter à donner un bain de sublimé au 15/1000 et à faire un nettoyage complet.

Les plaies, les croûtes, les ulcérations, les placards impétigineux, les surfaces eczémateuses doivent être pansés antiseptiquement, avec une minutie chirurgicale ; car, si d'une façon générale le pus engendre le pus, chez les rougeoleux, il peut, en outre, faire éclore les broncho-pneumonies.

La peau n'est pas le seul point d'où puisse partir l'infection. Les micro-organismes qui se trouvent normalement dans la bouche, dans le pharynx, dans les fosses nasales, etc., peuvent devenir virulents et provoquer des broncho-pneumonies, au même titre que les pyogènes de la peau. Il faut donc soigner les muqueuses qui tapissent ces régions, non moins sérieusement que le tégument externe. Les lavages du nez, préconisés bien souvent, sont plutôt nuisibles qu'utiles ; ils peuvent irriter la pituitaire dont l'épithélium est si délicat et ils causent souvent des otites en chassant dans la trompe d'Eustache des germes pathogènes. On peut les remplacer par des instillations ou des pulvérisations d'huile de vaseline boriquée, d'huile d'olive mentholée ou par des pansements avec une pommade légèrement antiseptique.

Pour tenir propre la cavité buccale et le pharynx, on aura recours aux lavages avec de l'eau bouillie ou avec de l'eau boriquée tiède, faits sous une faible pression. Les attouchements et tous les nettoyages directs au moyen de tampons, de pinceaux, etc., sont nuisibles, d'après Hutinel. Ils peuvent blesser la muqueuse, d'autant plus vulnérable qu'elle est plus irritée, ils entament souvent l'épithélium protecteur et ils ouvrent ainsi à l'infection une voie trop facile.

Les résultats obtenus à l'hospice des Enfants-Assistés sont la preuve de l'efficacité des moyens prophylactiques qui viennent d'être indiqués. Il y a dix ans le mortalité des enfants atteints de rougeole atteignait, dans cet hospice, le chiffre énorme de 50 0/0, maintenant elle ne dépasse guère 12 0/0 et certainement elle diminuera encore.

G. Lyon.

Sur l'emploi du sérum antivenimeux contre les morsures des serpents chez l'homme et chez les animaux. — M. Calmettes (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mars 1897, p. 214) publie les résultats donnés par l'application de la sérothérapie au traitement des morsures venimeuses, traitement employé depuis plus d'un an, grâce au sérum que l'Institut Pasteur de Lille a pu mettre à la disposition du public, par grandes quantités, en Europe et dans les colonies, sérum obtenu de chevaux immunisés à l'aide des procédés antérieurement décrits par l'auteur. Une commission anglaise a contrôle les résultats annoncés par M. Calmette et les a confirmés de tous points.

Les animaux vaccinés antérieurement ont supporté sans aucun trouble l'inoculation des venins les plus puissants : ceux qui, inoculés d'abord avec le venin ont été traités ensuite par le sérum, se sont rapidement rétablis. L'immunité est acquise presque instantanément, surtout si l'injection du sérum est faite par la voie intraveineuse.

Les observations de guérison sont déjà nombreuses. L'auteur en publie sept nouvelles choisies parmi celles où l'espèce à laquelle appartenait le serpent auteur de la morsure avait pu être rigoureusement déterminée. Une jeune Egyptienne mordue par un cobra, fut amenée à l'hôpital plusieurs heures après l'accident, dans un état de collapsus complet, avec abolition des reflexes, immobilité des pupilles, etc. Il suffit d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum, pratiquée dans la soirée et suivie un peu plus tard d'une autre injection de 10 centimètres cubes, pour que l'enfant soit hors de danger dès le lendemain matin. Le sérum s'est montré efficace contre les venins de divers serpents de l'Inde, de l'Indo-Chine, de l'Egypte, de l'Amérique, et même contre les morsures des scorpions. Si l'on songe qu'aux Indes 22,000 personnes et 60,000 têtes de bétail succombent chaque année aux morsures des serpents, on voit par là l'intérêt qu'il y a à répandre le plus largement possible cette médication.

L'étude de ce sérum permet de vérifier deux des lois générales de l'immunité. L'immunité produite par le venin est durable ; celle qui est produite par le sérum est temporaire et fugace. D'autre part l'immunité acquise par une femelle se transmet à sa progéniture, ce qui confirme ce que M. Vaillard a établi antérieurement pour les toxines microbiennes. M. Calmette termine par une discussion serrée des objections de Phisalix et de Cunningham et maintient l'unité de la substance toxique des divers venins de serpents.

Au point de vue pratique, M. Calmette formule les conclusions suivantes :

1° Après une morsure par serpent venimeux, injecter le plus tôt possible à l'homme ou à l'animal mordu une ou plusieurs doses de sérum. Une dose de 10 centimètres cubes suffit le plus souvent. Si le serpent est d'une espèce particulièrement dangereuse et si l'intervention est tardive, injecter deux à trois doses simultanément.

2° D'ordinaire il suffit de pratiquer une injection sous-cutanée ; si l'intoxication est déjà ma-

nifeste, on peut faire une injection intra-veineuse.

3° Il est toujours utile de pratiquer la ligature du membre mordu au-dessus de la plaie, et de laver celle-ci avec une solution d'acide chromique à 1/100, ou plutôt avec une solution récente d'hypochlorite de chaux à 1/60 ou de chlorure d'or à 1/100. On fera ensuite un pansement antiseptique.

4° Les cautérisations sont inutiles, ainsi que les excitants du système nerveux, café, alcool, etc.

R. Blondel.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Redressement brusque de la gibbosité du mal de Pott. (*Société de chirurgie*, 12 mai 1897.) — M. Ménard (de Berck) a fait des expériences cadavériques sur ce sujet et a trouvé qu'il se produit à la suite du redressement un écartement des deux segments rachidiens sus et sous-jacents de 2 à 8 centimètres. Les méninges et la moelle sont intactes. La déchirure des poches tuberculeuses a toujours eu lieu, lorsqu'elles sont antérieures ou latérales et les espaces celluleux du médiastin ainsi que les plèvres sont envahis par le pus. D'autre part, on ne saurait compter sur un cal osseux, car l'étude de la réparation dans le mal de Pott montre que les corps vertébraux ne sont pas régénérés. La bosse est donc destinée à se reproduire.

M. Brun a pu contrôler sur le cadavre la formation d'une vaste cavité de 8 à 10 centimètres de hauteur, avec intégrité parfaite de la moelle et des méninges. Ce chirurgien est partisan de la méthode dans les cas récents (deux guérisons) mais la croit dangereuse dans les cas anciens. M. Poirier confirme cet écartement des segments osseux dont M. Ménard a fourni la preuve expérimentale. M. Broca a eu à se louer de la méthode, quant à sa bénignité et à l'excellence des résultats immédiats. Il fait ses réserves sur les suites. M. Michaux a redressé une bosse invétérée chez un enfant de 9 ans; le soir le malade eut une légère parésie du membre inférieur gauche. En somme, la question d'accidents étant réservée, tous les opérateurs sont frappés de la facilité avec laquelle le redressement s'opère, mais ne peuvent encore se prononcer sur la possibilité des récidives.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical du mal de Pott, par Albin Lambotte (d'Anvers). (*Journal de la Société de médecine d'Anvers*, avril 1897.) — M. Lambotte ne saurait admettre le traitement par le redressement forcé préconisé par M. Calot (de Berck), car il expose à des infections du canal rachidien et aux embolies tuberculeuses, sans compter les lésions de la moelle et des nerfs et les hémorragies intra-rachidiennes. Il pense que l'heureuse série publiée par M. Calot est toute fortuite. Il propose donc d'abandonner complètement ce procédé pour lui substituer une opération réglée qu'il a pratiquée une fois avec succès sur un enfant de quatre ans.

Voici les différents temps de son opération, qui diffère des interventions proposées jusqu'à ce jour, auxquelles elle emprunte cependant quelques-uns de leurs avantages :

1er temps : *Relèvement d'un lambeau ostéo-musculo-cutané.* — Incision verticale du côté droit, au niveau de l'*angle des côtes*; aux deux extrémités, partent deux incisions horizontales vers la gauche. On a ainsi un volet à rabattre, qui doit comprendre toute l'épaisseur des muscles sacro-lombaires détachés dans la région jusqu'aux apophyses transverses du côté gauche; sectionner en passant les apophyses épineuses, de sorte que le lambeau les comprenne, ainsi que le périoste des lames vertébrales. Le fond de la plaie est formé par les lames vertébrales et les côtes droites à nu.

2e temps : *Laminectomie.* — Enlever les lames avec la pince-gouge plate; aller latéralement jusqu'aux apophyses transverses et dépasser le mal en haut et en bas. On a ainsi détruit la paroi postérieure du canal rachidien.

3e temps : *Résection des côtes droites.* — Détacher d'abord le périoste à la rugine avec précaution, pour ne pas blesser la plèvre. La côte doit être coupée à 4 centimètres de la colonne et arrachée par torsion pour éviter les blessures de l'intercostale. Cette résection donne un jour considérable (2, 3 ou 4 côtes) pour examiner le corps vertébral avec le doigt et refouler les organes du médiastin.

4e temps : *Résection des parties malades.* — Pour pouvoir opérer librement, on sectionne deux ou trois nerfs intercostaux à une certaine distance des méninges. Cela fait, rien n'est plus simple que de charger tout le fourreau méningo-médullaire sur un écarteur mousse et de le récliner à gauche. On voit alors ce que l'on fait et, soit à la curette, soit à la gouge, on agit sur les corps vertébraux entièrement à nu que l'on évide. Il ne restera plus qu'à faire le *redressement*, pour lequel on sera parfois obligé de faire la section totale des corps vertébraux.

Agissant ainsi à ciel ouvert, aucun accident n'est à craindre. Les nerfs intercostaux sont ensuite suturés au catgut fin et la plaie réunie avec drainage. L'opération peut être faite en une demi-heure. Pour panser, l'auteur conseille simplement les grands coussins de ouate de bois, immobilisant la tête et le tronc.

Le résultat fut excellent au point de vue des accidents locaux et généraux. Quant à la gibbosité, elle ne disparut pas entièrement, mais fut très diminuée et arrondie, d'angulaire qu'elle était auparavant.

Il est à noter que dans son cas, aucune manœuvre ne fut dirigée spécialement contre la gibbosité. A notre tour, nous demanderons à inscrire les résultats éloignés de cette opération.

AUG. BENOIT.

De l'appendicite et de son traitement. (*Académie de médecine*, 11 mai 1897.) — M. DIEULAFOY précise son opinion à ce sujet, en déclarant qu'on ne peut plus admettre aujourd'hui l'ancienne typhlite par engouement stercoral, avec périty phlite, ulcérations, péritonite, etc. Lorsque ces signes existent, c'est qu'il s'agit bien d'*appendicite primitive*. Il s'ensuit, selon lui, que l'application des moyens médicaux à ces formes fait courir un danger aux malades, qu'il prive du bénéfice du traitement chirurgical fait en temps opportun. Le traitement médical ne convient qu'aux *typhlites catarrhales, muqueuses* et *sableuses* dont il ne nie pas l'existence. Mais aussitôt que les signes connus de l'appendicite se montrent, comme on ignore quel sera le degré de gravité de l'affection, il faut opérer sans retard. A quoi M. Dumontpallier réplique en déclarant qu'il ne songe pas à nier l'individualité de l'appendicite, mais qu'il s'élève uniquement contre la nécessité d'opérer dans tous les cas, puisque, comme il l'a montré, 90 0/0 des cas peuvent guérir par le traitement médical.

AUG. BENOIT.

Traitement des péritonites purulentes généralisées. (*Société de chirurgie*, 28 avril et 5 mai 1897.) — M. JALAGUIER appelle l'attention sur ce fait que les péritonites à foyers multiples, autrefois soupçonnées tuberculeuses, sont des *péritonites à pneumocoques*. Il en a observé cinq cas, dont un guéri après ouverture spontanée à l'ombilic et dans le vagin. Dans les quatre autres, il y a eu laparotomie, donnant trois guérisons eu un décès. Dans ce dernier cas, la mort fut tardive et semble due à un foyer méconnu derrière la rate et un autre au-dessous du foie. Le drainage de Mickulicz lui paraît insuffisant pour les suppurations péritonéales; il emploie de très gros tubes, par où des lavages peuvent être faits les jours suivants. L'eau bouillie et l'eau salée sont les meilleurs liquides à employer pour les lavages; le sublimé est irritant et dangereux.

M. GÉRARD-MARCHANT a guéri deux cas de péritonite purulente. Il préconise l'incision médiane, toutes les fois qu'il n'y a pas d'accidents locaux et, plus radical que les précédents orateurs, il ne fait plus de lavages du péritoine, se bornant à nettoyer avec des éponges et des compresses aseptiques, principalement sur les plaques de l'intestin. Comme M. ROUTIER, il se sert d'énormes drains entourés de gaze iodoformée, ou fait un bourrage à la Mickulicz, en outre du drainage.

M. PEYROT communique à son tour deux cas, avec laparotomie, suivis de guérison. Sa pratique fut la suivante, d'après les signes locaux : incision habituelle dans la fosse iliaque droite, puis incision semblable dans la fosse iliaque gauche, lavage général à l'eau bouillie et dans chaque incision, drainage avec deux gros tubes entourés de gaze iodoformée, dont l'un plongeait dans le petit bassin, l'autre dans la fosse lombaire. Les plaies furent laissées béantes et guérirent progressivement. Il insiste, avec M. Reynier, sur la nécessité de donner de la *caféine* et d'injecter un à deux litres de *sérum* d'Hayem dans les vingt-quatre heures pour relever la tension sanguine aussitôt après l'opération.

M. REYNIER réclame un examen bactériologique qui permette d'apprécier le degré de virulence des microbes.

AUG. BENOIT.

Traitement chirurgical de la péritonite diffuse. (*Société allemande de chirurgie*, XXVIe Congrès, 1897.) Importante discussion au sujet du traitement chirurgical de la péritonite généralisée. — M. KŒRTE, éliminant les péritonites par infection puerpérale, tuberculeuses chroniques et carcinomateuses, pour ne s'occuper que des péritonites aiguës par lésion des organes abdominaux, apporte 99 cas qu'il a vus en sept ans, avec 71 opérations et 25 guérisons. Sur les 28 malades non opérés, 6 ont guéri. Chaque fois qu'il y avait collapsus et qu'il s'est abstenu, la mort est survenue. Il signale pour faire le diagnostic de péritonite avec l'*ileus*, ce fait que, dans cette dernière affection, la sensibilité à la pression n'est pas généralisée; d'autre part, à cause de l'augmentation de pression intra-abdominale, les bruits intestinaux y font défaut. Il a fait l'incision médiane, mais s'est abstenu de toute exploration pouvant augmenter le collapsus. L'*eau stérilisée chaude* a été le seul liquide employé. Les antiseptiques ne sont pas bien supportés par le péritoine. Il faut les

proscrire. Par la suite, on doit exciter la fonction intestinale par de nouvelles irrigations et se tenir prêt à faire de nouvelles incisions, inutiles au début. Pas d'opium.

M. Lennander (d'Upsala), se rallie à ces idées et ajoute qu'il n'est pas prudent d'attendre pour faire la laparotomie que le choc soit passé. Car ce dernier est le produit de la résorption des matières abdominales, qu'il faut évacuer au plus tôt. Un soulagement suit d'ordinaire les lavages. Pendant l'opération, il faut songer aux *abcès sous-diaphragmatiques* qui peuvent être méconnus.

M. Kœnig montre que la péritonite est moins souvent généralisée qu'on ne le croit. Il a trouvé fréquemment en opérant un *processus multiple enkysté* avec portions intermédiaires saines. Or dans ces abcès multiples encapsulés, il s'est trouvé fort bien, à la suite de perforation de l'appendice, d'ouvrir, de nettoyer et de laisser la plaie abdominale largement ouverte, avec ou sans contre-ouverture lombaire. L'intestin et l'épiploon, après avoir fait hernie rentrent facilement d'eux-mêmes, ou par réduction, et la cicatrisation s'opère. Les deux précédents chirurgiens n'opèrent pas dans la péritonite septique.

M. James Israel fait l'incision médiane cruciale et laisse la plaie ouverte, avec drainage à la gaze iodoformée. Il compte sur la diminution de pression de la cavité abdominale, pour arrêter l'absorption et préfère ne pas laver.

Aug. Benoit.

Valeur du bouton de Murphy. (*Société allemande de chirurgie*, 1897, XXVIe Congrès.) — M. Marwedel communique le résultat des opérations faites à la clinique de Czerny dans ces dix derniers mois. Les cas, au nombre de cinquante-cinq, pour des affections diverses, ont donné une forte proportion de succès, surtout en ce qui concerne la gastro-entérostomie (trente-cinq cas avec vingt-trois guérisons). L'occlusion complète par le bouton a été constatée dans douze cas et a obligé à faire de nouvelles opérations. En somme, ce danger est assez faible et disparaîtra si l'on renonce à certaines catégories de boutons d'une construction absolument vicieuse; suivre pour cela les modèles de Murphy et se familiariser surtout avec la technique opératoire.

Aug. Benoit.

Résultats définitifs obtenus avec mes dernières opérations sanglantes dans les cas de luxation congénitale de la hanche. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 13 et 20 mai 1897.) — Le Pr Hoffa (de Wurzbourg) ne considère pas que les résultats obtenus avec la réposition simple, non sanglante, permettent actuellement de se faire une opinion bien arrêtée sur les avantages de ce procédé : l'opération sanglante au contraire a fait ses preuves. Cette opération est sans danger si l'asepsie est minutieuse; il est préférable de ne pas suturer la plaie, mais bien de la laisser ouverte. Il est enfin fort important de respecter entièrement les muscles, comme Lorentz l'a le premier conseillé.

L'opération la mieux réussie ne peut donner un retour à la normale, car la tête du fémur est toujours déformée dans de grandes proportions : par suite de cette déformation, la cavité creusée au cours de l'opération et destinée à recevoir la tête du fémur sera toujours située plus en avant et plus haut que la cavité normale. La position et la mobilité de la jambe ne seront donc jamais entièrement conformes à l'état sain.

L'angle obtus formé dans les conditions normales par la réunion du col au grand trochanter fait place, en cas de luxation congénitale, à un angle droit, et la tête du fémur se trouve dans le même plan horizontal que le grand trochanter. Le col présente des modifications importantes et la jambe est raccourcie.

Pour bien maintenir la tête du fémur, il faut que la cavité glénoïde artificielle présente des rebords fortement accusés; les mouvements sont ainsi entravés en partie, surtout la flexion et l'abduction.

Dans les cas de luxation unilatérale l'opération remet tout en l'état, à l'exception du raccourcissement dû à la déformation du fémur : le massage et l'électrisation des masses musculaires donneront des résultats fonctionnels durables, car l'enfant abaisse le bassin du côté opéré pour corriger le raccourcissement et la marche ressemble alors souvent à tel point à la normale, qu'il faut une certaine attention pour reconnaître quelle est la jambe qui a subi une opération.

Quand on a affaire à des cas de luxation bilatérale, on obtient avec l'opération une disparition de la lordose et une amélioration considérable de la marche; on facilite enfin les mouvements d'abduction.

L'auteur a fait dans ces derniers temps quatre-vingt-quatre opérations sur soixante malades, avec deux morts : un de ces derniers cas concerne un enfant de 13 ans. L'étude de ce cas a convaincu Hoffa de la nécessité de ne pas laisser dépasser l'âge de 8 ans à l'enfant qu'on doit opérer. Plus tard les déformations de l'extrémité supérieure du fémur sont trop marquées, et la réposition exige des manœuvres

nombreuses qui déterminent des contusions musculaires et facilitent ainsi l'infection.

Le pansement fait au moment de l'opération est enlevé au bout de quatre à huit jours : la plaie est guérie au bout de trois à quatre semaines, ce qui permet d'instituer, au commencement du second mois après l'opération, le traitement mécanique ; *jamais on ne se sert, dans ce but, d'appareils orthopédiques :* quand on a enlevé, au bout de quatre à six semaines, l'appareil plâtré, placé au moment de l'opération, on passe de suite aux exercices gymnastiques sans appareils : ces exercices seront recommandés pour une durée de deux mois, si la luxation est unilatérale, et pour une durée de quatre mois si elle est bilatérale. Les 42 cas guéris ne présentèrent aucune récidive : il n'y eut que deux ankyloses, qui n'exercèrent du reste que peu d'influence sur le résultat obtenu. L'auteur n'a observé aucune de ces contractures musculaires qui viennent, si l'on adopte la méthode de Lorentz, parfois compliquer la situation.

Hoffa préconise actuellement une incision longitudinale descendant le long de la face antérieure du fémur à partir du grand trochanter : les contractures signalées par Lorentz tiendraient à l'obliquité de l'incision adoptée par ce dernier.

La gymnastique sera limitée aux mouvements actifs.

En résumé, l'opération sanglante doit être vivement recommandée, si la réposition simple a échoué.

E. Vogt.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'hyperadicité stomacale au moyen des pastilles de Bergmann. (*Therap. Monatshefte*, mai 1897.) — Wagner rappelle que Bergmann a proposé de chercher à neutraliser l'excès d'acide chlorhydrique de la sécrétion gastrique par la salive : comme chez les hyperacides la salive elle-même est souvent faiblement acide, et en tous cas peu alcaline, ce dernier auteur proposa une formule de pilules contenant de petites quantités de magnésie calcinée, fabriquées de telle sorte qu'elles résistent très longtemps à la mastication ; or, on sait que l'acte masticatoire provoque une hypersécrétion des glandes salivaires. La sécrétion glandulaire est en outre excitée par l'addition à la masse pilulaire de petites quantités de racine de gingembre et d'acore.

On obtient de cette façon, d'après Bergmann, une neutralisation de l'acidité stomacale sans risquer de provoquer une hypersécrétion des glandes gastriques, conséquence fréquente de l'ingestion d'alcalins (bicarbonate de soude à hautes doses, par exemple).

Wagner a expérimenté chez quatre malades la méthode de Bergmann, et a pu ainsi se convaincre de sa haute valeur thérapeutique : les tablettes en question ne peuvent à elles seules guérir l'hyperadicité, mais représentent un adjuvant précieux aux prescriptions diététiques ordinairement utilisées. En tous cas, leur emploi donne des résultats bien supérieurs à ceux que l'on obtient avec la méthode classique de l'ingestion des alcalins à haute dose.

E. Vogt.

Trois cas de ruptures d'ulcères de l'estomac traités par la laparotomie, la suture et le lavage du péritoine, par Thomas Morse. (*British med. Journ.*, 13 février 1897.) — Dans le premier cas l'opération fut faite quatre heures après les premiers symptômes de rupture. Le malade guérit complètement et ne s'est jamais ressenti de son opération.

La seconde malade fut opérée deux heures après la rupture ; comme dans le premier et le troisième la suture de la perforation fut faite d'après la méthode de Lambert ; on a retrouvé dans le péritoine des débris alimentaires, lait et thé de bœuf ; la plaie était située à la face antérieure au niveau du cardia. L'auteur a essayé de laver l'estomac, mais n'a pu réussir : il s'est contenté de le clore. La plaie abdominale fut suturée après lavage du péritoine, en laissant un drain. La malade guérit sans complications graves, sauf un abcès de la cavité pleurale.

Le troisième cas ne fut opéré que vingt-quatre heures après l'apparition des premiers symptômes.

La malade ne survécut à l'opération que quelques heures.

La survie à la perforation stomacale peut être estimée à vingt-quatre heures. Le diagnostic rapide et précoce a donc une grande importance ainsi que l'intervention immédiate.

On doit remarquer qu'une des fréquentes causes de mort est due à l'infection de la plèvre.

Il semble que les matières septiques traversent rapidement le diaphragme.

Il est difficile d'expliquer pourquoi les deux cas de guérison n'ont plus présenté aucun symptôme d'ulcère.

A. Chassevant.

Adénome de l'estomac; traitement chirurgical (XXVIe *Congrès de la Société allemande de chirurgie*). — M. Frank communique le cas d'un homme de 34 ans, qui offrait les signes d'un cancer de l'estomac. Jugeant l'extirpation impossible, il fit la gastro-entérostomie. Cette opération ayant permis au malade de se rétablir, six semaines plus tard ce chirurgien put pratiquer l'extirpation secondaire d'un volumineux *adénome de l'estomac*. La guérison suivit cette intervention. M. Frank propose de traiter ainsi les néoplasmes malins de l'estomac par l'*extirpation en deux temps*, en laissant s'écouler un assez long intervalle entre les deux opérations.

Aug. Benoit.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

L'œdème aigu du poumon, par Huchard. (*Journal des Praticiens*, n° 19, p. 289, 1897.) — L'œdème aigu du poumon survient principalement au cours des affections de l'aorte. Il en existe trois formes : les deux premières suraiguës ou foudroyantes et aiguës avec expectoration caractéristique ; la troisième d'emblée bronchoplégique sans expectoration. Bien que la mort soit une terminaison trop fréquente de cette redoutable complication, les malades peuvent résister toutefois à une et même à plusieurs atteintes d'œdème pulmonaire.

Il est important de connaître les troubles circulatoires qui accompagnent cet œdème : parfois dès le début, le plus souvent dans le cours ou à la fin de la crise, on constate une chute considérable de la tension artérielle, ce qui rend compte de l'asystolie aiguë survenant parfois assez brusquement et de la rapidité avec laquelle se montre l'œdème des membres inférieurs. Cette constatation permet ainsi d'assigner deux périodes à la marche de l'œdème pulmonaire aigu : la première, caractérisée par la dyspnée, une expectoration très abondante et le maintien de l'hypertension artérielle ; la seconde, caractérisée au contraire par l'asystolie aiguë, une expectoration rare et devenue même impossible en raison de l'état bronchoplégique, et surtout par l'abaissement considérable de la tension artérielle contrastant avec l'hypertension pulmonaire.

Quelle est la pathogénie de l'œdème ? Dans l'insuffisance aortique artérielle, dans l'angine coronarienne, dans la néphrite interstitielle artérielle, dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux, il y a toujours entre ces diverses maladies et l'œdème pulmonaire aigu un intermédiaire obligé : c'est l'aortite, c'est surtout la périaortite avec son retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires. Ce n'est pas tout. L'œdème aigu du poumon est souvent précédé par l'abaissement considérable de la tension aortique et par l'énorme et subite augmentation de la tension pulmonaire. Contre celle-ci le ventricule droit lutte et s'hypertrophie, et tant qu'il peut lutter, l'inondation œdémateuse du poumon est prévenue ; mais sa force vient-elle à faiblir subitement, alors l'œdème aigu du poumon survient avec une grande rapidité.

A l'élément mécanique (hypertension pulmonaire et insuffisance subite du ventricule droit) et à l'élément nerveux favorisé souvent par la périaortite et la péricardite de la base, il faut ajouter encore l'élément toxique qui certainement joue un rôle en portant son action sur les nerfs et en mettant le système vasculaire « en instance d'œdème » (Renaut).

Les indications thérapeutiques doivent s'inspirer de cette triple pathogénie :

a) On ne peut agir directement sur le ventricule droit. La digitale n'aurait pas le temps d'agir. La meilleure manière de fortifier le cœur, c'est d'abord de diminuer son travail. Pour remplir cette indication, une médication d'urgence s'impose aussitôt : une large saignée générale de 300 à 400 grammes avec des saignées locales (ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, sur la région du foie et sur les reins, avec application répétée de ventouses sèches dont on couvre le thorax, le tronc et les membres.

Pour combattre le collapsus cardiaque, M. Huchard recommande les injections de caféine et surtout celles d'huile camphrée :

Huile d'olive stérilisée ...	40 grammes.
Camphre	10 —

Injecter trois ou quatre seringues de Pravaz par jour.

b) Pour combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire et surtout l'état parétique des bronches et du diaphragme, qui apparaît le plus souvent à la seconde phase de la crise œdémateuse et qui est l'une des causes les plus puissantes de la terminaison fatale, on peut avoir recours aux préparations de strychnine, sutout les injections hypodermiques.

c) Le maintien de la diurèse par le régime

lacté exclusif, par la théobromine à la dose de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour, est une indication thérapeutique des plus importantes.

L'œdème aigu survient chez des malades auxquels on prescrit — parfois avec abus — la médication iodurée. Or celle-ci est capable à elle seule de déterminer des œdèmes. Il faudra donc cesser immédiatement cette médication, en cas d'œdème menaçant.

G. Lyon.

Empyème gangréneux avec pneumothorax chez un garçon de 11 ans et demi; pleurotomie; guérison, par Comby et Vogt. (*Société médicale des hôpitaux*, 30 avril 1897.) — Un enfant de 11 ans et demi, très vigoureux et très bien portant d'habitude, fut pris, au commencement de novembre 1896, d'une fièvre vive avec point de côté à gauche, dyspnée extrême, grand abattement. Les signes physiques étaient ceux d'une pleurésie de la base gauche, mais les symptômes généraux (hyperthermie, tachycardie, orthopnée, état typhoïde) n'étaient pas ceux d'une pleurésie ordinaire.

Le 4 novembre, troisième jour de l'invasion, l'état devint plus grave et l'on découvrit un pneumothorax.

On diagnostiqua un pyo-pneumothorax tuberculeux et l'on porta un pronostic presque fatal, en raison du mauvais état général.

Le 9, on fit une ponction avec un gros trocart de l'appareil Potain et l'on obtint un pus absolument fétide et d'odeur gangréneuse.

Le jour même l'empyème fut pratiqué : des flots de pus d'une fétidité épouvantable s'écoulèrent après l'ouverture de la plèvre.

On fit passer dans la cavité pleurale plusieurs litres d'eau boriquée tiède et l'on ne s'arrêta que lorsque le liquide revint absolument clair. On fit le pansement habituel avec drains accolés, gaze iodoformée, ouate hydrophile, etc.

Le soulagement ne fut pas immédiat, car la fièvre se maintint pendant quelques jours, mais elle diminua ensuite sensiblement avec les lavages quotidiens faits avec le permanganate de potasse à 1/2000. Après différentes péripéties, après des réinfections successives de la plèvre, la guérison définitive eut lieu vers la fin de janvier. Ce cas est très instructif pour la pratique médicale; il montre que la pleurésie gangréneuse, même compliquée de perforation du poumon et de pneumothorax, est curable si elle est prise à temps.

M. Netter a étudié au point de vue bactériologique le pus de ce pneumothorax.

Ce pus se présentait sous des apparences spéciales : de couleur blanchâtre, il laissait déposer des détritus de couleur cendre, au-dessus desquels se trouvait un liquide opalin ressemblant à de la salive. L'agent microbien qu'il y a rencontré est le streptothrix funiculi.

C'est le sixième cas dans lequel il a constaté ce micro-organisme qui ne paraît pas être la cause première de la pleurésie, mais la cause de la putridité de celle-ci. Sur ces 6 cas, 3 ont guéri après empyème, ce qui corrobore l'opinion de Comby, à savoir que le pronostic n'est pas fatal. Dans ces cas la pleurésie putride n'était accompagnée d'aucune lésion de gangrène pulmonaire.

G. Lyon.

Traitement chirurgical de la péricardite suppurée. (*American Surgical Association*, XVIIIe Congrès annuel tenu à Washington les 4-6 mai 1897. In *Medical News*, 8 mai 1897.) — M. Roberts (de Philadelphie) indique l'insuffisance de la paracentèse dans la péricardite suppurée et la nécessité d'assimiler le traitement à celui des épanchements pleuraux, c'est-à-dire l'incision et le drainage. La ponction exploratrice qui doit toujours déterminer le diagnostic, est faite au niveau de la partie supérieure de l'angle situé entre le septième cartilage costal et le cartilage xiphoïdien.

La péricardiotomie est pratiquée après résection des quatrième et cinquième cartilages costaux.

L'opération de M. Roberts consiste dans la formation d'un volet constitué par le quatrième et le cinquième cartilages costaux et leurs parties molles. La charnière est formée par les tissus du troisième espace. La mammaire interne et la plèvre gauche sont disséquées et repoussées à gauche. Le pronostic est peu favorable; sur 26 opérés il y a 10 guérisons et 16 morts (38,44 0/0).

Sur les cas mortels, 9 présentaient des symptômes infectieux et 7 avaient des complications graves (pleurite, lésions cardiaques, pulmonaires ou rénales).

Discussion. — M. Porter (de Boston) : L'opération idéale de la péricardite comporte d'abord : *a*) Que la cavité pleurale soit laissée intacte; *b*) L'ouverture du péricarde au point où le drainage persistera après le rétrécissement du sac; *c*) Assurer le drainage permanent et libre.

M. Duncan.

Maladies du système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux.

Recherches sur l'action des sérums dans les maladies mentales et nerveuses, par MAIRET et VIRES. (*Nouveau Montpellier médical*, 13 et 20 février 1897.) — MM. Mairet et Vires ont eu recours soit au sérum d'un aliéné en voie de guérison injecté à un malade présentant la même variété de délire, soit au sérum artificiel pur ou additionné de substance médicamenteuse, soit au sérum sanguin pur du lapin et du chien. Le sérum de sang humain semble avoir produit une acalmie légère, de courte durée. Les injections de sérum artificiel n'ont donné aucun résultat appréciable. Le sérum animal de sang pur, dont l'effet thérapeutique est nul dans l'hystérie, l'épilepsie et l'aliénation mentale avec excitation, paraît plus utile dans les aliénations mentales à forme dépressive; notable amélioration physique; amélioration psychique n'arrivant pourtant jamais à la guérison.

R. SEMELAIGNE.

Le bain d'air chaud comme méthode thérapeutique dans l'épilepsie, par CLEMENTE CABITTO. (*Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale*, 1897, vol. XXIII, fasc. I.) — Le Dr Cabitto préconise le bain d'air chaud comme un excellent moyen pour prévenir et faire disparaître les attaques d'épilepsie, et rapporte l'histoire médicale de deux malades soumis à ce mode de traitement. Chez le premier, les attaques, qui étaient très fréquentes, ont progressivement diminué et fini par disparaître dans l'espace d'environ trois mois. Chez le second les attaques se reproduisaient par séries tous les mois; il y eut d'abord interruption, puis disparition. Lorsque, au moment où se manifestaient les prodromes, on ne donnait pas le bain, l'attaque survenait. L'auteur pense que le bain d'air chaud, uni aux lavages et à l'antisepsie des voies digestives, peut avantageusement remplacer le bromure.

R. SEMELAIGNE.

Traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée. (*Scalpel*, 16 mai 1897). — Le Dr DEJACE après avoir décrit le procédé imaginé par Blondel, et consistant dans l'emploi de la courroie pour maintenir pendant un temps suffisant le malade dans l'attitude forcée donnée au tronc et aux jambes, publie une observation de guérison des plus concluantes.

Un homme de 56 ans, brigadier de gendarmerie, a dû quitter le service par suite d'une affection chronique diagnostiquée : ataxie locomotrice. Il est pensionné de ce fait.

Il y a un an, lorsqu'il s'est présenté pour la première fois à l'examen de l'auteur, l'incoordination des mouvements dans les membres inférieurs gêne absolument la marche. Le patient a de l'inégalité pupillaire, une perte partielle du sens musculaire, des urines involontaires, et souvent de l'incontinence fécale.

Cet homme est alors soumis au traitement par la courroie passée derrière la nuque et sous les pieds. Tous les jours le patient consacre cinq minutes à cet exercice, par lequel il est arrivé à si bien incurver sa colonne raidie de militaire, qu'il parvient à toucher le sol avec le front quand il est assis à la turque.

Après six mois d'incurvation quotidienne, le malade a repris une marche régulière sans incoordination, marche rapide avec l'ancien pas cadencé et ferme. Les selles et les urines sont parfaitement retenues. Bref il présente toutes les apparences de la guérison. Seule l'inégalité pupillaire persiste.

R. BLONDEL.

Un cas de sclérose latérale amyotrophique guérie par la gymnastique, par MAX. GONZALEZ OLAECHEA. (*La Cronica medica*, Lima, 30 septembre 1896.) — Le malade observé par le Dr Gonzalez Olaechea était chaque jour placé sur un fauteuil spécial et porté dans le jardin de l'hôpital. Un jour on l'oublia dehors; il se trouvait seul dans un endroit écarté, et la nuit approchait. Après de nombreux efforts, il parvint à glisser de son siège et à se traîner jusqu'à sa chambre. A partir de ce moment il continua à ramper sur le sol pour se transporter d'un endroit à un autre. Au bout de peu de temps de cet exercice, il put recouvrer l'usage de ses membres supérieurs, et commença à tailler du cuir pour chaussures; il se mit ensuite à manier l'alène et à confectionner des chaussures. Cinq mois plus tard il circulait accroupi, s'appuyant successivement sur l'une et l'autre main. Au bout de quinze mois il réclamait sa sortie, et commençait, après quatre mois, à exercer de nouveau ses fonctions génésiques. Bientôt il circulait en s'aidant de béquilles qu'il abandonna ensuite pour une canne. Deux ans plus tard il ne restait aucune trace de l'affection médullaire. Gonzalez Olaechea pense que l'agent thérapeutique de la guérison a été la gymnas-

tique spontanée à laquelle s'est soumis le malade. Cette gymnastique a, par voie réflexe, provoqué une grande activité circulatoire dans la moelle épinière, d'où disparition des lésions des éléments nerveux non encore frappés de dégénérescence complète.

R. Semelaigne.

Le traitement de la sciatique par la compression instrumentale, par le Dr Fr. Arullani. (*Giornale della R. Academia di medicina di Torino*, février 1897.) — Negro a proposé comme un moyen efficace contre la sciatique la compression du nerf à travers la peau et dit avoir obtenu onze guérisons sur douze cas. Arullani a soumis au traitement par la compression tous les cas de sciatique qu'il a observés, à l'exclusion des sciatiques d'ordre chirurgical. La compression digitale consiste à exercer à l'aide des deux pouces la plus forte pression possible sur les parties molles, au niveau de l'échancrure sciatique et à leur imprimer de légers mouvements de latéralité dans tous les sens. Toutefois ce mode de compression présente des inconvénients, qui sont la facilité avec laquelle les doigts glissent et s'éloignent du lieu d'élection, l'incommodité de l'attitude que doit prendre le médecin, le traumatisme que subissent les doigts qui compriment, etc. Pour ces raisons Arullani a eu l'idée de substituer la compression instrumentale à la compression digitale, et il a fait construire un appareil où la compression est exercée par une forte vis à pression qui est fixée sur une pelote. La pelote est d'abord fixée à demeure, ensuite on lui imprime des mouvements de latéralité de façon à réaliser un massage effectif de la région. Les cas qui se sont montrés rebelles à ce traitement avaient résisté également à tous les autres moyens thérapeutiques.

Le point où la compression est le plus efficace est l'échancrure sciatique, mais on peut aussi exercer la compression très utilement au niveau du creux poplité. Arullani fait une seule séance quotidienne de compression et a obtenu parfois les effets voulus avec une moyenne de six séances, parfois avec douze. Les cas où les points supérieurs du nerf sont seuls douloureux, sont en général tenaces, parce que la compression ne peut agir directement sur les parties profondes du sciatique.

G. Lyon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr Castex

Ancien chef de clinique de la Faculté.
Ancien prosecteur.

Le chlorhydrate d'eucaïne dans les affections du larynx, du nez et des oreilles. (*Congrès de laryngologie*, avril 1897.) — M. Martin constate que l'action de l'eucaïne présente des particularités marquées quand on la compare à celle du chlorhydrate de cocaïne (l'insensibilisation est égale et se produit dans le même temps).

1° La solution de chlorhydrate d'eucaïne n'est pas décomposée par la chaleur et par conséquent on peut avoir constamment des solutions stérilisées ;

2° Dans le nez, la présence du chlorhydrate d'eucaïne ne provoque pas la rétraction de la muqueuse, de sorte que l'on peut facilement faire l'ablation par l'anse chaude ou froide des extrémités postérieures des cornets ou toute autre intervention ;

3° Quoique le chlorhydrate d'eucaïne donne une sensation de cuisson dans le nez et dans le larynx, il est beaucoup mieux supporté et nombre de malades qui présentent des troubles après l'usage du chlorhydrate de cocaïne (état nauséeux, vertigineux, etc.), ne ressentent rien après, mêmes sous des doses plus fortes de chlorhydrate d'eucaïne.

Depuis plus de six mois l'auteur emploie le chlorhydrate d'eucaïne concurremment avec le chlorhydrate de cocaïne et toujours avec le même succès.

E. Vogt.

Traitement du coryza aigu. (*Therap. Monatshefte*, mai 1897.) — Senger (de Magdebourg) fait remarquer que l'aspiration de médicaments par les narines ne peut s'obtenir, quand la perméabilité est compromise par le gonflement de la muqueuse, qu'au prix d'efforts souvent considérables qui provoquent une congestion intense de cette même muqueuse. Comment parviendra-t-on à éviter ce cercle vicieux ? Très simplement en ne faisant aucun mouvement d'aspiration, mais en se servant d'instruments permettant de chasser les vapeurs médicamenteuses dans les fosses nasales. Pour obtenir ce résultat on se servira d'un pulvérisateur ordinaire, mais en adaptant la poire au tube le plus long, qui plonge dans un liquide chargé de vapeurs médicamenteuses. Le tube court, introduit par une extré-

mité dans le nez, ne laissera échapper que les vapeurs seules, si son autre extrémité ne plonge pas jusque dans le liquide médicamenteux.

Les deux liquides qui réussissent le mieux dans le traitement du coryza aigu sont, pour l'auteur, l'essence de térébenthine et une solution alcoolique de menthol de 2 à 5 0/0. La térébenthine surtout provoque une diminution remarquable de la turgence de la muqueuse et modifie en même temps le catarrhe laryngo-trachéal. L'action du menthol est plus immédiate, mais moins prolongée; elle est en outre quelque peu irritante, aussi le menthol ne constitue-t-il pour l'auteur qu'un adjuvant de l'essence de térébenthine.

L'emploi des poudres médicamenteuses, dans le cas de coryza aigu, provoque les mêmes remarques : il faut donc se servir toujours de l'insufflateur et ne jamais faire de mouvements d'aspiration. Les deux formules de l'auteur sont les suivantes :

1° Camphre..... } àà 2 grammes.
Tanin..... }
Sucre de lait..... 4 —

Mêlez et pulvérisez. Usage externe.

2° Chlorhydrate de cocaïne..... 2 décigr.
Menthol..... 1 —
Sucre de lait..... 3 grammes.

Mêlez et pulvérisez. Usage externe.

Le spray au moyen d'un mélange à parties égales, d'eau oxygénée et d'eau, a donné aussi de bons résultats à l'auteur.

La douche de Politzer, avec bouche ouverte et sans fermer l'autre narine, constitue un excellent décongestif, mais l'action en est peu durable.

L'action des bains de vapeur, qui soulage les malades au moment de l'application, semble plutôt nuisible à l'auteur, car l'affection redouble d'intensité à la sortie du bain.

E. Vogt.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Action des myotiques dans certaines formes de glaucome. (*Congrès d'ophtalmologie*, mai 1897.) — M. Rochon-Duvignaud. Dans le glaucome prodromique, on parvient, grâce aux myotiques administrés dans de fortes proportions (pilocarpine 2 0/0, ésérine 0,50 0/0) à maintenir pendant plusieurs années un état stationnaire, sans accès aigus, avec acuité, champ visuel et tension oculaire intacts. Des poussées subaiguës guérissent même par ces instillations. On observe et on se tient prêt à intervenir. Dans le glaucome chronique, ces instillations agissent moins favorablement.

Kopff.

Traitement du glaucome. (*Ibid.*) — M. Javal. Dans le glaucome prodromique, on constate un halo, un trouble visuel et des cercles colorés. Les myotiques font contracter la pupille et cette contraction fait disparaître le halo, ce qui indique qu'il est dû à un trouble de l'épithélium cornéen à sa périphérie.

La pilocarpine agit davantage sur l'accommodation et moins sur les contractions vasculaires que l'ésérine.

Les injections de morphine ont une action favorable sur les accès glaucomateux.

Les rondelles gélatinées sont préférables aux collyres, comme excipient des myotiques.

Kopff.

Nature du glaucome; action curative de l'iridectomie. (*Ibid.*) — M. Abadie. Le rôle principal dans les troubles nutritifs de l'œil consécutifs au glaucome, appartient aux filets du grand sympathique qui se paralyse, le trijumeau étant un nerf purement sensitif.

L'augmentation de tension oculaire résulte de la réplétion sanguine exagérée des vaisseaux et de l'hypersécrétion des liquides intra-oculaires qui en est la conséquence.

Les courants nerveux vaso-dilatateurs parcourent le plexus nerveux situé dans la partie moyenne de l'iris; c'est pourquoi l'iridectomie doit être complète pour porter sur ce plexus. Lorsqu'elle est pratiquée à la périphérie, elle n'agit pas, n'atteignant pas cette région et ne modifiant pas la vaso-dilatation.

Les myotiques agissent en remédiant temporairement à la paralysie vaso-motrice. Les mydriatiques, au contraire, provoquent l'accès glaucomateux par leur action vaso-dilatatrice.

Kopff.

Correction totale de la myopie. (*Ibid.*) — M. Dor père (de Lyon). L'auteur corrige la myopie totale en diminuant le numéro de 1/5 pour tenir compte du spasme de l'accommodation, toujours fréquent chez les jeunes sujets. De cette façon la myopie reste stationnaire ; sauf cependant en ce qui concerne l'augmentation physiologique, provenant de la croissance qui entraîne avec elle un certain allongement de l'axe antéro-postérieur de l'œil (augmentation de 1 à 2 dioptries de 12 à 20 ans).

Il a observé 17 cas sur 68, dans lesquels des myopies faibles (de 1 à 2 dioptries) ont ainsi disparu et des myopies fortes ont diminué.

Kopff.

Traitement chirurgical de la myopie progressive. *(Ibid.)* — M. Dransart (de Somain). L'auteur a pratiqué depuis quatorze ans 164 iridectomies et 84 sclérotomies pour arrêter le développement de myopies progressives dans les cas compris entre 9 et 29 dioptries. Ces opérations ont été suivies d'injections de pilocarpine. Les résultats les plus favorables sont dus à l'iridectomie, plutôt qu'à la sclérotomie.

Kopff.

Nouvelle opération du ptosis. *(Ibid.)* — M. Motais. Le muscle droit supérieur suivant le même trajet et possédant la même innervation que le releveur de la paupière, l'auteur détache du droit supérieur une languette médiane qu'il suture au bord du tarse supérieur. Résultat plastique excellent (présentation d'un malade).

Kopff.

Renversement temporaire de la cornée pour opérer à ciel ouvert sur l'iris et la capsule du cristallin. *(Ibid.)* — M. Gayet (de Lyon). Il y a souvent de grandes difficultés pour nettoyer le champ opératoire dans les opérations intra-oculaires (caillots à la surface de l'iris, couches corticales, synéchies antérieures larges, kystes iriens...). On peut, sans inconvénients, mettre à découvert la chambre antérieure en renversant le lambeau cornéen, en se servant d'une pince spéciale que j'ai fait construire. J'ai rabattu jusqu'à présent un lambeau égal à la moitié de la surface totale de la cornée; mais je pense qu'on peut aller plus loin encore. De la sorte, on a sous les yeux la chambre antérieure à découvert et l'on voit mieux ce qu'on fait, opérant sur une large surface et avec des instruments non coudés, dans une région accessible à toutes les manœuvres.

Kopff.

Forme tarsienne du catarrhe printanier. *(Ibid.)* — M. Darier. Cette forme consiste en élevures simulant des granulations situées sur le tarse supérieur. Le massage, efficace dans la forme péri-cornéenne, n'a pas d'action dans ces cas, contre lesquels il faut employer les scarifications ou même l'abrasion.

Kopff.

Du traitement des amblyopies toxiques par les injections de sérum. *(Ibid.)* — M. de Wecker. Le traitement des amblyopies toxiques, dans lesquelles les troubles trophiques du nerf optique dépendent d'éléments toxiques charriés par le sang et la lymphe après avoir été introduits par la voie stomacale, pulmonaire ou cutanée, doit consister à favoriser l'élimination de ces éléments par les reins et la peau. Les injections de sérum agissent comme lavage du sang et je les ai pratiquées par la voie sous-cutanée, à la dose de 60 à 100 grammes (sérum de Chéron). L'action s'est montrée toujours prompte et l'acuité visuelle se relevait de 1/20 à 1/4 après trois ou quatre injections, mais seulement dans les cas d'amblyopie toxique et non dans les cas de névrite rétro-bulbaire; si bien que ces injections peuvent servir de réactif pour confirmer le diagnostic d'intoxication. Elles peuvent être utiles également dans les infections post-opératoires et dans les hémorragies oculaires graves.

Discussion. — M. Darier. — Les injections de pilocarpine donnent de bons résultats, alternées avec la strychnine. Elles sont malheureusement fatigantes pour les malades.

La trinitrine agit également bien.

M. Parinaud. — Je n'ai qu'à me louer du régime lacté et des purgatifs répétés.

M. Despagnet. — L'hypertension artérielle, fréquente chez les intoxiqués artério-scléreux, me ferait craindre les injections et des hémorragies consécutives.

M. Coppez père (de Bruxelles). — J'injecte seulement 5 centimètres cubes par jour de sérum artificiel, avec de bons résultats, dans les cas d'amblyopie toxique et de rétinite pigmentaire avancée.

M. Bellencontre. — Le sérum artificiel, excellent dans les adynamies, m'a paru n'avoir aucune action dans les cas d'amblyopie toxique.

M. Dor. — J'ai employé avec avantage l'extrait mou de genièvre.

M. Armaignac (de Bordeaux). — Si M. de Wecker croit agir en lavant le sang, l'absorption d'un verre d'eau produirait le même effet qu'une dose aussi faible de sérum.

Kopff.

Ophtalmie sympathique et galvano-cautère. *(Ibid.)* — M. Trousseau. L'emploi du galvano-cautère ne joue aucun rôle préventif sur l'œil sympathisant et peut même provoquer la transmission sur l'œil sain, comme le montrent deux observations à l'appui, dans lesquelles des hernies de l'iris furent touchées au galvano, avec développement d'ophtalmie sympathique quelques jours après. Ces observations prouvent, en tout cas, que le galvano est impuissant pour protéger l'œil congénère, quoi qu'on en ai dit, et qu'il vaut mieux réséquer l'iris dans les cas d'enclavement que le cautériser avec le galvano-cautère.

Kopff.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement de la lèpre. (*Deutsche med. Zeitung*, 29 avril 1897.) — UNNA, à l'occasion d'un malade présenté par lui à la Société médicale de Hambourg, a ajouté quelques remarques au sujet du traitement de cette affection : il s'élève contre les deux dogmes qu'on a cherché à défendre de divers côtés, à savoir que nous ne possédons aucun remède capable de guérir la lèpre, et que dans la lèpre tubéreuse on n'observe que des améliorations spontanées, pouvant aller jusqu'à simuler une guérison complète, mais pas de guérison définitive.

Dans le cas présenté, il s'agissait de lèpre tubéreuse intéressant la face et le cou ; Unna, après réfrigération au chlorure de méthyle, enleva au rasoir les lépromes, cautérisa les plaies avec de l'acide phénique liquéfié et appliqua un pansement à l'emplâtre pyrogallique. Une fois le sphacèle du léprome obtenu, il pansa au gélanthum à l'ichtyol. A l'intérieur, huile de chaulmoogra et ichtyol : l'huile mal supportée dut être supprimée au bout de peu de temps.

Au bout de trois mois de traitement, il ne restait plus qu'un point induré dans l'angle de la mâchoire ; le malade rentra dans son pays, mais au bout de quatre mois se déclara une infection lépreuse généralisée à toute la peau, à type névritique, sans lépromes opérables. Le malade étant revenu à Hambourg, Unna recourut aux injections sous-cutanées d'un mélange de 40 parties d'huile de chaulmoogra pour 100 d'huile d'olives, à la dose d'une demi-seringue par jour, en même temps qu'il faisait faire des frictions à la pommade pyrogallique-salicylique sur tout le corps (50 grammes de pyrogallol oxydé et 60 grammes d'acide salicylique pour un kilo de pommade). Les injections hypodermiques, assez douloureuses, furent bientôt remplacées par l'administration de pilules kératinisées de pyrogallol oxydé à 4 centigrammes (trois à dix pilules par jour). La dose maxima fut de 50 centigrammes de substance active par jour. L'état général s'étant amélioré sensiblement, l'auteur passa à l'administration en liquide pour pouvoir forcer les doses. Il se servit d'essence de citron dans laquelle on faisait dissoudre le pyrogallol oxydé et arriva ainsi à 2 grammes et demi de pyrogallol par jour. L'oxydation complète du pyrogallol est indispensable pour éviter les phénomènes toxiques, car les doses employées, s'il s'agissait du produit non oxydé, seraient sans nul doute fort mal supportées par l'organisme.

Le traitement, continué pendant cinq mois, a débarrassé le malade de tous ses accidents nouveaux : l'état général est excellent et l'examen biopsique a démontré la disparition des bacilles de Hansen dans toutes les préparations examinées.

E. VOGT.

Causes de la mort tardive dans les brûlures étendues de la peau; pathogénie et traitement, par BARRIÉ. (*Académie de médecine*, 18 mai 1897.) — Après les brûlures étendues de la peau, la mort peut survenir tardivement par complications pulmonaires, mais souvent aussi par une véritable intoxication générale ayant pour siège le sang : celle-ci a pour cause la supression ou la diminution des fonctions éliminatoires de la peau et, par contre-coup, des reins. C'est à rétablir ces fonctions que devra viser la thérapeutique : il faudra donc : 1° activer les fonctions de la peau par des enveloppements humides et des frictions sèches ; 2° instituer sans tarder le régime lacté ; 3° recourir aux inhalations prolongées d'oxygène.

Si les urines, malgré tout, sont encore rares, comme la diurèse est entravée plutôt par l'intolérance physiologique du rein à l'égard des toxines irritantes contenues dans le sang que par l'altération anatomo-pathologique du parenchyme rénal, le meilleur moyen de rétablir la dépuration urinaire est de diluer les toxines dans le sang lui-même par des injections abondantes et répétées de sérum artificiel.

R. BLONDEL.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chirurgien des hôpitaux.

Traitement médical des pyélites, par ALBERT ROBIN. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 avril 1897.) — Dans le cours de ces dernières années le traitement des pyélites a passé entre les mains des chirurgiens ; toutefois le traitement purement médical peut encore donner des succès et doit toujours être tenté, d'autant plus qu'il n'y a presque jamais nécessité immédiate d'agir.

En dehors du traitement de la cause (lithiase, cystite, blennorrhagie) quatre ordres de moyens

sont à la disposition du médecin : l'hygiène générale, le régime alimentaire et les traitements médicamenteux et hydro-minéral.

Hygiène générale. — Il faut exciter par tous les procédés connus les fonctions de la peau en même temps que l'on évitera tout ce qui peut provoquer une congestion rénale. Toute suppression des fonctions cutanées a pour effet de déterminer une congestion du côté du rein ; il faut donc entretenir avec le plus grand soin la fonction cutanée et pour cela, éviter le froid. Le malade devra porter des vêtements chauds, de la flanelle. Deux fois par jour il fera des frictions avec un liniment excitant :

Teinture de quinquina		
Baume de Fioravanti	ãã 100	grammes.
Alcool camphré		
Menthol	2	—
Essence de girofle	1	—
Teinture de noix vomique	25	—

Régime alimentaire. — On ordonnera le régime lacté absolu et on le continuera tant que le malade pourra le supporter; toutes les trois heures, de sept heures du matin à dix heures du soir, il prendra un litre de lait.

Au bout d'un certain temps on autorisera un régime mixte composé de potages faits avec des farines diverses et du lait, des crèmes aromatisées, des œufs; puis, plus tard, on donnera du poisson blanc, merlan et sole, du poulet, du veau, des purées de légumes, des fruits cuits et des œufs. Le gibier et les viandes noires seront formellement interdits. Comme boisson, on autorise du vin rouge fortement coupé d'une eau minérale légère (Evian, Saint-Galmier).

Traitement médicamenteux. — Comme balsamique, retardant la fermentation ammoniacale et modérant la formation des cristaux d'acide urique, Robin emploie le benzoate de soude à raison de 1 à 4 grammes au maximum dans les vingt-quatre heures :

Hydrolat de laitue	120	grammes.
Benzoate de soude	1 à 4	—
Sirop de fleurs d'oranger ou de framboises	30	—

On peut encore employer comme adjuvant la terpine et la térébenthine de Venise. Quand les malades présentent des phénomènes douloureux Robin prescrit les pilules suivantes :

Térébenthine de Venise	6	grammes.
Camphre pulvérisé	6	—
Extrait thébaïque	25	centigr.
Extrait alcoolique de racines d'aconit	20	—

Pour pilules n° 60. Trois pilules par jour.

Après avoir employé les balsamiques Robin passe à l'administration de l'huile de Harlem (composée d'huile de cade et de bois de laurier) :

Sirop de gomme	100	grammes.
Sirop de baume de Canada	100	—
Huile de Harlem fluide	50	gouttes.

Une cuillerée à café de ce sirop dans une tasse d'infusion balsamique. Chaque cuillerée contient cinq gouttes.

La médication révulsive, surtout indiquée quand se présentent des manifestations aiguës, comporte l'emploi des pointes de feu, répétées tous les huit jours.

Lorsqu'il se produit des hématuries on peut prescrire l'ergotine :

Ergotine Bonjean	4	grammes.
Acide gallique	50	centigr.
Sirop de térébenthine	30	grammes.
Hydrolat de tilleul	120	—

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

S'il survient une poussée aiguë avec fièvre, il faut cesser toute médication, instituer le régime lacté absolu et donner la quinine à haute dose.

Médication hydrologique. — Les eaux alcalines fortes que l'on recommande souvent, doivent cependant être déconseillées, car elles favorisent l'alcalinisation de l'urine, d'où gravelle phosphatique qui vient s'ajouter à la gravelle urique ou oxalique.

C'est l'eau d'Evian qui doit emporter la préférence; on fait prendre six verres par jour, dont un avant le premier déjeuner, trois dans l'après-midi, deux avant le coucher, La cure doit durer pendant quinze jours.

Contrexéville et Vittel peuvent rendre également de grands services, à la condition qu'il n'y ait ni hématuries, ni albuminurie concomitante.

Si ces stations ne procurent pas d'amélioration, on pourra indiquer les eaux sulfurées légères de la Preste, Moligt, Olette ou Saint-Sauveur.

Chez les calculeux les eaux de Pougues ou de Carlsbad seront conseillées de préférence.

Chez les vieux pyélétiques, on tirera le plus grand avantage des eaux ferrugineuses : Forges, Spa, Franzensbad.

G. Lyon.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

A propos de la médication martiale. (*Therap. Monatshefte*, mai 1897.) — GELLHORN (de Berlin) rappelle que Quincke a démontré, par des expériences sur des souris, que le fer, soit alimentaire, soit médicamenteux, est résorbé, mais dans le duodénum seulement. Il y a donc lieu d'admettre une action thérapeutique des martiaux par absorption directe.

Le traitement hygiénique et diététique *seul* produit, au début, une amélioration indéniable de l'état du malade, mais cet effet n'est pas durable si on ne cherche pas à le soutenir par l'action médicamenteuse. Il faut combattre la tendance que présentent les malades à absorber des acides, cette pratique ne peut qu'augmenter les troubles gastro-intestinaux : l'auteur n'essaie pas de lutter en premier lieu contre ces troubles, avant de prescrire les ferrugineux, ces derniers agissant comme eupeptiques chez les malades de cette catégorie.

L'auteur tient essentiellement à défendre les martiaux contre les attaques qu'ils ont subies au Congrès de médecine interne en 1895, de la part de Bunge : nous avons tenu à rapporter ici l'opinion de Gellhorn, bien que les faits observés ne présentent pas un grand intérêt de nouveauté, parce qu'il nous a semblé que l'auteur résumait assez exactement l'opinion de la majorité de nos confrères allemands. Cette dernière opinion présente une grande importance, car la chlorose est une affection extrêmement fréquente dans les classes inférieures de la société allemande.

E. VOGT.

Influence des préparations de glandes thyroïdes et de glandes pituitaires sur les échanges interstitiels chez l'homme. (*Wiener klin. Wochenschrift*, n° 12, 25 mars 1897, p. 27.) — M. SCHIFF a fait porter ses expériences sur cinq individus, deux atteints d'acromégalie, un de paralysie agitante et un sujet sain : la glande pituitaire lui a paru renfermer une substance agissant énergiquement sur les échanges interstitiels, augmentant en particulier l'élimination de l'acide phosphorique, ce qui doit être attribué à une modification dans les échanges d'un tissu riche en phosphore et relativement pauvre en azote, probablement le tissu osseux. Ce fait prend un intérêt tout spécial si l'on se souvient de l'état de la glande pituitaire dans l'acromégalie. L'extrait de glande thyroïde détermine également l'élimination de l'acide phosphorique, ce qui s'accorde avec ce que l'on sait de l'influence du corps thyroïde sur le développement du tissu osseux. L'auteur a également constaté que l'iodothyrine ne produit pas les mêmes effets à ce point de vue que la glande thyroïde en nature.

R. BLONDEL.

La cytisine considérée comme médicament. (*L'Echo médical du Nord*, 14 mars 1897.) — Le Pr PLUGGE (de Groningue) attire l'attention sur la cytisine $C_{11}H_{14}N_2O$, alcaloïde du cytise, que l'on retrouve dans plusieurs plantes médicamenteuses exotiques des genres Sophora, Euchresta, Baptisia, etc. La cytisine a été déjà étudiée par plusieurs auteurs, qui lui ont reconnu une action diurétique et vaso-constrictive énergique, utilisable dans les cas de mélancolie, de migraine paralytique, d'anémie cérébrale. Le nitrate de cytisine est ordinairement employé : on le prescrira en injections sous-cutanées (dose maxima 10 milligrammes ; commencer par 3 à 5 milligrammes).

L'auteur pense que le médicament est insuffisamment connu, et qu'il est appelé à rendre de grands services.

E. VOGT.

Le parthenium hysterophorus. (*American Journ. of Pharmacy*, avril 1897.) — ARNY a extrait de cette plante, que l'on rencontre communément à la Jamaïque, un produit, la *parthénine*, se rapprochant de la santonine par sa formule chimique et possédant des propriétés antinévralgiques marquées : l'action antithermique est nulle.

L'auteur recommande le produit nouveau à l'attention des praticiens.

E. VOGT.

Accidents et risques dans l'utilisation des courants produits par les stations centrales. (*American electrother. Association*, janvier 1897.) — CABOT (de Cincinnati) énumère les divers inconvénients que présentent les sources d'électricité dont peut disposer le médecin : nous résumerons ici les conseils de l'auteur, qui peuvent trouver leur application en tout lieu. Le patient est à l'abri du danger tenant à l'emploi des courants industriels, si les batteries servant au praticien sont soigneusement visitées et mises à l'abri des courts circuits et des dérivations. Le médecin doit faire une étude approfondie de l'électricité et de ses applications, de façon à pouvoir juger par lui-même si la source dont il reçoit le courant présente toutes les garanties de sécurité.

E. VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Nominations. — Notre excellent collaborateur, le Dr Chevalier, ancien prosecteur, ancien chef de clinique chirurgicale, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux à la suite du dernier concours. La *Revue de thérapeutique* enregistre son succès avec un vif plaisir et adresse à l'ami dévoué de la première heure ses chaudes félicitations.

Notre collaborateur pour l'ophtalmologie, le Dr Kopff, officier de la Légion d'honneur, a été nommé médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph : toutes nos félicitations encore.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. le Dr Angeard (de Mareuil-sur-le-Lay, Vendée) ; Dr Désaivre (de Niort) ; Mabille, directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, à La Rochelle ; Gigon, pharmacien à Paris.

Officiers d'Académie : MM. le Dr Davillé (de La Caillère, Vendée) ; Dr Emerit, médecin du collège de Saint-Jean-d'Angély ; Dr Fillion, médecin de l'hôpital de la Roche-sur-Yon ; Dr Godet (des Sables-d'Olonne) ; Dr Noblen (de Pontchâteau, Loire-Inférieure) ; Puy, pharmacien à Niort ; Dr Quinemant (de Niort) ; Dr Gilson, d'Angoulême).

Le jubilé Guyon. — Le 30e anniversaire de l'entrée de M. le Pr Guyon à l'hôpital Necker, comme chef de service, sera fêté le 1er juillet.

Voici le programme arrêté provisoirement :

Réunion à l'hôpital Necker, à dix heures, salle Velpeau. Après la visite dans les salles, réception dans le grand Ampithéâtre de l'hôpital. A l'issue de cette cérémonie, un déjeuner réunira le maître, sa famille, ses anciens internes et les élèves actuels de son service. A la fin du banquet, un cadeau commémoratif sera offert à M. le Pr Guyon ; il consistera en un album artistique réunissant les photographies de tous ses internes et la liste de tous les travaux de l'école de Necker ; les photographies et les travaux seront classés par années, de 1868 à 1897.

NUM naturam morborum curationes ostendunt? — Dans la séance du 20 mai de la Société française de dermatologie, M. le Pr Fournier a lu l'extraordinaire observation d'un sujet traité par lui pour une gigantesque ulcération du membre supérieur, laquelle existait depuis *quarante-huit années* et présentait tous les caractères cliniques de la tuberculose cutanée. M. Fournier ne sait pourquoi il eut l'idée de faire à ce malade une injection intra-musculaire de calomel ; la lésion se modifia tellement que l'on pratiqua deux autres injections de calomel, à la suite desquelles le malade fut guéri d'une façon aussi stupéfiante que rapide. Si la peau restait indurée et épaissie, au moins toutes les ulcérations étaient fermées au bout de six semaines, après avoir duré quarante-huit ans ! Se rappelant plusieurs cas récemment diagnostiqués lupus, ou tuberculose faciale, et guéris ou grandement améliorés par le *traitement d'épreuve* des injections de calomel, M. Fournier se reproche aujourd'hui d'avoir à propos de ces derniers cas rectifié trop résolument son diagnostic primitif pour adopter celui de syphilis. Le traitement mercuriel — en particulier sous forme d'injections de calomel — ne pourrait-il avoir d'action curative sur des lésions autres que celles de la syphilis ? L'iodure de potassium n'est-il pas aujourd'hui le spécifique de l'actinomycose aussi ?

Là-dessus M. Galezowski a rapporté la guérison entre ses mains, au bout de six mois de frictions mercurielles, d'une tuberculose de la joue et des voies lacrymales. M. Augagneur a cité nombre de lupus très améliorés dans son service par de fortes doses d'iodure. Enfin M. Jacquet a raconté la disparition rapide, sous une dose moyenne de sirop de Gibert, d'une ostéomyélite puerpérale aiguë de l'humérus.

On voit l'insondable problème que cette discussion ouvre aux praticiens. D'ailleurs, il ne s'agit pas de savoir si le mercure agit, ou non, comme antiseptique, ni comme spécifique : les ophtalmologistes ne pratiquent-ils pas les injections de sublimé dans presque toutes les affections oculaires ?

Toutes les altérations profondes et rapides subies par l'économie sont susceptibles de produire la mutation d'affections existantes. Faut-il rappeler l'érysipèle « curateur » ? Et le traitement d'Haslund dans le psoriasis ? N'est-ce pas

au moment où la nutrition fléchit sous le poids des 20 et 30 grammes quotidiens d'iodure potassique que la dermatose rétrocède? Dans le même ordre d'idées, M. Danlos a montré à la Société un psoriasis inveterata, avec arthropathies, « blanchi » pour la première fois par l'ingestion quotidienne d'acide cacodylique, employé à une dose telle qu'elle a, pendant plusieurs jours, équivalu à l'ingestion de 1 gr. 68 d'arséniate de soude par jour! Nous reviendrons sur ces faits étonnants. Mais il importait de signaler l'aurore d'une révolution dans la thérapeutique étiologique ou dans l'étiologie déduite de la thérapie, et la disparition, ou au moins la « dégradation » de l'axiome : *Naturam morborum...*

Décidément, les dieux s'en vont!

Morel-Lavallée.

PETITE CHRONIQUE

« Les loups ne se mangent pas entre eux », à dit la Sagesse des nations, mais la bonne dame, vous le savez, n'en est pas à une bêtise près et aujourd'hui, c'est plus fort que moi, il faut que je dise leur fait à nos confrères de la « Grande Presse », puisque confrères il y a. Après tout, ils n'entendent pas si souvent la vérité leur parvenir aux oreilles, la solidarité, qui fait leur force, les mettant à l'abri de toute critique des camarades, en cas d'incartade, à charge de revanche : aucune contrainte, aucun contre-poids ne les retient donc quand, sans y prendre garde, ils entrent dans une voie mauvaise.

Bon gré, mal gré, il faut bien reconnaître que le journal est aujourd'hui l'éducateur du peuple et nous ne pouvons rien là contre. Or ai-je besoin de démontrer qu'il ne saurait exister d'éducateur plus complaisant, plus désireux de flatter les passions de son élève avant tout, plus préoccupé de prévenir ses désirs, de le conduire toujours là où il veut aller, de lui présenter ses plus mauvais penchants comme autant de vertus et d'éviter surtout de lui faire jamais entendre une parole ferme. Eh bien! ne croyez-vous pas que c'est en partie à cette étrange manière d'entendre son éducation que nous devons le singulier tempérament de la foule d'aujourd'hui? La foule est un grand enfant; elle en a toute la naïveté bestiale, les élans instinctifs, les ardeurs généreuses, les cruautés inouïes : à ce fond s'ajoutent pour chaque peuple, des ferments spéciaux d'hérédité, où le bon et le mauvais sont pêle-mêle, prêts à prendre le pas l'un sur l'autre, selon la direction donnée par l'avant-garde. En France il y a ce fond incurable de légèreté, de tendance à ne rien prendre au sérieux, qui faisait dire à ce fumiste de génie nommé Schopenhauer que si l'Amérique avait les singes, l'Europe avait les Français : il y a aussi cette sensiblerie native qui nous fait nous passionner follement pour toute idée généreuse ou brillante, mais en revanche nous retire tout sang-froid et toute réflexion en présence d'événements inattendus.

Il y a beau temps que nous avons conscience de tout cela, et nos éducateurs tous les premiers. Or, franchement, peut-on dire que ces éducateurs, maîtres absolus du choix de la direction à donner à l'opinion, puisque, je l'ai dit, aucune contrainte, aucune loi ne les gouverne, fassent leur devoir vis-à-vis de la race dont ils ont pris la responsabilité? Au fond, ne sommes-nous pas, de plus en plus, des détraqués, des affolés, et, chaque jour un peu davantage, des dégénérés? S'il est vrai que les lois qui régissent le développement des collectivités soient les mêmes qui président à celui de l'individu, n'est-ce pas la neurasthénie, la dégénérescence qui nous guette, et n'en devons-nous pas faire remonter un peu la faute à ceux qui nous entraînent de si bon cœur sur la pente où nos instincts nous menaient déjà? Légèreté et sensiblerie, ai-je dit, tels sont les deux grands vices de la race : dites si la Presse française, en général, s'est donné une autre mission que de flatter, de développer, d'aggraver ces vices fondamentaux, vers rongeurs de l'édifice qui fut la belle race de ce pays?

C'est en médecin que j'étudie ici cette diathèse nationale; c'est à des médecins que je signale l'étiologie du mal. Or, il est facile de le constater, les journaux qui échappent au mouvement sont devenus l'exception et souvent l'objet des railleries des autres. Peu à peu le choix des matières est de plus en plus inspiré par ces deux mobiles : tourner tout « à la blague » et développer notre émotivité naturelle par la mise en relief du scandale et les détails les plus circonstanciés sur les spectacles les plus propres à nous détraquer davantage encore l'imagination

crimes raffinés, débauches nouvelles, infamies retentissantes. Tel grand journal a maintenant disposé le récit des faits de la journée de telle façon que chacun puisse amener un calembour... Tel autre s'est fait une spécialité de l'étalage des horreurs judiciaires.

La façon dont a été présentée au public l'affaire de ce misérable Grégoire qui tua son enfant après l'avoir martyrisé, est, à ce point de vue, absolument pathognomonique. Au fond, le crime est banal dans son atrocité : il n'est certes pas le premier du genre et la publicité qui lui a été donnée n'en empêchera pas d'autres, puisque deux nouveaux tout aussi odieux, se sont produits depuis. En d'autres temps le mépris et le dégoût public s'en fussent détournés. Ecoutez, aujourd'hui, comment présente les choses un journal qui sait à quel degré d'émotivité il a conduit sa clientèle. Voici quelques extraits de la description de l'audience du 25 mai :

« Une *belle audience* de Cour d'assises, mouvementée, dramatique, fertile en incidents... » «... L'instant est *magnifiquement* dramatique...» « ... Le public frémit et l'on sent la salle se charger d'orage. Au reste, l'*énervement* ira maintenant en augmentant jusqu'à la grande scène finale... » Voici quelques phrases extraites d'un autre : « ... Toujours autant de monde, toujours autant d'*émotion*... » « ... Il faut l'entendre, le misérable, prononcer avec affectation ces mots : mon enfant. Ça sonne faux, ça fait mal, ça indigne. L'audition des deux témoins qui suivent va nous remettre un peu de baume dans le cœur... » Un autre, pas difficile sur les moyens de réclame, se vante bien haut d'être lu assidûment par l'assasin, une collection complète du journal ayant été trouvée chez celui-ci. Et les gravures sensationnelles, et les photographies! Mais voici le bouquet. Un journal a jugé qu'il n'y avait certes pas eu encore assez d'*émotion* produite par cet édifiant spectacle et prépare rapidement une œuvre qui, débitée par livraisons, permettra au public de vivre longtemps encore ces belles journées : je n'invente rien, je cite.

« Au moment où passent en assises les auteurs de l'effroyable forfait de la rue du Dessous-des-Berges, la publication de *l'Enfant martyr*, « Petit-Pierre », se recommande d'une manière particulièrement saisissante à l'attention générale.

« Même quand on a lu tout ce qui a été publié sur le crime monstrueux dont Grégoire, le père dénaturé, et ses complices, rendent compte en ce moment même à la justice, on ne se lasse pas de tourner les pages de ce récit aussi fidèle que pathétique, où sont peintes si puissamment les horreurs et les tortures qui ont apitoyé la France entière.

« Avec tous les éléments connus de la déchirante histoire dont le jury de la Seine va écrire l'épilogue, on trouve dans *l'Enfant martyr* tout un monde de noirceurs et d'infamies insoupçonnées. Que de révélations n'apporte pas la première partie intitulée : « Fernande et Marguerite! » La seconde partie : « Toutou! » véritable prodige de mise en scène et d'adaptation dramatique, donne un long serrement de cœur.

« *L'Enfant martyr* fera vivre pendant longtemps les poignantes émotions de l'heure actuelle. »

Sincèrement, croyez-vous que de tels procédés d'éducation, pour une race comme la nôtre, soient destinés à nous rendre le sang-froid qui nous manque? Maintenant l'œuvre est faite; la belle humeur de nos pères est devenue la frivolité sans nom et leur générosité instinctive la sensiblerie pleurarde. Avec quelle légèreté extraordinaire, avec quelle navrante et exclusive préoccupation du fort tirage, la presse actuelle joue-t-elle de cet instrument tout-puissant d'éducation qui s'appelle l'exemple! Aujourd'hui chacun lit son journal : de quelles images repaît-il son imagination et dans quel milieu fait-il vivre ses pensées? Je laisse volontairement de côté tout ce qu'il y aurait à dire de l'envahissement écœurant de la pornographie, sous l'œil bienveillant de la loi, qui verrait plutôt sombrer la moralité de tout un peuple que de toucher à cette chose sacrée qui s'appelle la liberté, je veux dire : l'absolue licence de la Presse. Nous l'avons longtemps demandée, cette liberté de la Presse, ou plutôt les journalistes l'ont demandée. Maintenant nous l'avons. Eh bien! mesurez les progrès accomplis depuis cette époque par l'esprit public en France, dans la voie du sang-froid, de la clairvoyance, de la moralité générale, du respect de soi et des autres, de l'amour du travail, du mépris du lucre, de la pureté de l'art même, et dites-nous, sincèrement, devant ceux qui, sans regarder aux promesses, se sont imposés comme les éducateurs de la race et qui parlent aujourd'hui si haut de la faillite de la science, de quel côté est la vraie faillite?

Dr Diogène.

BIBLIOGRAPHIE

Les chancres extra-génitaux. — M. le Pr Fournier vient de faire éditer chez Rueff ses leçons de l'an dernier sur la matière, recueillies par M. Edmond Fournier, interne des hôpitaux. De la richesse de l'édition, remarquablement présentée et illustrée de planches en couleur, nous ne dirons rien et nous avons hâte d'arriver aux considérations fort instructives que suggère la lecture d'une œuvre intéressante à tant de titres.

La *syphilis vaccinale* est entièrement étudiée dans ses diveses variétés, avec ses conséquences médico-légales, et cette conclusion que la vaccination de bras à bras ne doit plus exister qu'à l'état de souvenir. La *syphilis des nourrices*, malheureusement plus fréquente et d'une plus haute importance au point de vue social, nous montre la responsabilité du médecin plus ou moins directement engagée, comme celle des parents de l'enfant, l'incertitude actuelle des tribunaux en face d'une jurisprudence non fixée, et la nécessité d'une législation, ou au moins d'une réglementation, à instituer, et vraiment réclamée depuis des années.

Mais ce sont là, pour la syphilis extra-génitale, des origines depuis longtemps connues, et l'intérêt majeur du livre de M. Fournier réside dans la description des chancres de la tête, des mains et du tronc, source ignorée autant qu'inattendue de la vérole dans des cas tellement nombreux que le professeur de Saint-Louis croit rester au-dessous de la vérité en établissant à 7 0/0 la fréquence relative des chancres extra-génitaux prise sur l'ensemble des chancres syphiliques observés. Or, ces lésions primaires restant méconnues pendant tout une partie de la durée de leur évolution, il en résultera de grandes chances pour la propagation de ces syphilis ignorées au début. Non traitée tout d'abord, la maladie sera plus grave, ou pourra l'être. Un grand nombre de *syphilis insontium*, d'épidémies syphilitiques de foyer ou de famille ont pour origine les chancres extra-génitaux, et le stupide préjugé qui fait de la vérole une maladie infamante vient encore augmenter la gravité de la situation.

Or, ce préjugé n'est pas près de disparaître. Il y a environ douze ans, un de nos amis, interne à Saint-Lazare, contractait au service d'accouchements, par un chancre du doigt, une syphilis des plus graves. Pour ce malheureux, frappé dans l'exercice de ses fonctions et victime de son dévouement, et qu'une hémiplégie syphilitique eût pu laisser infirme pour la fin de ses jours et incapable de gagner son pain, il fut impossible d'obtenir, de l'*Administration* dont il relevait, même une de ces médailles de 2e ou de 3e classe que la même administration décerne à ceux de ses agents venus après un incendie ramasser les corps des victimes. Mais il y a mieux : ayant sollicité moi-même il y a quelques années du médecin en chef d'une de nos grandes Compagnies de chemin de fer, aujourd'hui décédé, le poste de médecin délégué aux consultations pour maladies de la peau et maladies « spéciales », il me fut répondu que c'était impossible, que la place n'existait pas et ne pouvait être créée, *attendu que les employés n'avaient pas le droit d'avoir de telles maladies, et qu'ils seraient renvoyés s'il était « connu » qu'ils en fussent atteints.*

Espérons que dans les régiments, on est encore privé de permission quand on passe à la visite pour une maladie vénérienne, comme il en était tout récemment, et on sera bien difficile si l'on n'est pas plein d'admiration pour le haut degré de perfection où la France est arrivée en ce qui concerne la prophylaxie des maladies infectieuses. Le plus amusant, dans l'espèce, est que la très grande majorité des chancres extra-génitaux est d'origine non *vénérienne*, même pour les plus suspects comme siège; nous en avons nous-même donné la preuve il y a quelques années en montrant le chancre amygdalien plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

En faisant connaître au public médical les chancres extra-génitaux et leur fréquence, M. Fournier a rendu un immense service à la prophylaxie de la vérole et à la réhabilitation des malheureux syphilitiques; il a, en outre, fait luire un rayon consolateur aux yeux des médecins victimes de leur devoir professionnel et atteints de chancres digitaux, en prouvant que, contrairement à ce que l'on croyait, l'origine extra-génitale n'imprime pas à la vérole de gravité particulière.

Morel-Lavallée.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Exposition universelle de Bruxelles. 1897. — Congrès international de médecine légale. — La Société de médecine légale de Belgique, à l'occasion de l'Exposition de Bruxelles, a décidé d'organiser dans cette ville un Congrès international qui se tiendra du 2 au 7 août prochain. Pouvant déjà compter sur le concours de savants dévoués, elle fait un pressant et chaleureux appel à la collaboration des hommes qui ont à cœur les progrès de la médecine judiciaire et qui, par la grande autorité qu'ils ont acquise et basée sur leurs travaux scientifiques et pratiques, donneront tout le poids nécessaire aux conclusions et aux vœux résultant des discussions auxquelles donneront lieu les travaux présentés. Elle sera reconnaissante à tout adhérent à cette œuvre qu'elle s'efforcera de faire dignement succéder à celle que nos Collègues de France ont réalisée à Paris en 1889.

Le programme des questions générales qui seront traitées au Congrès a été arrêté comme suit :

I. Bactériologie et Toxicologie. — *1re question :* Les facteurs internes de la putréfaction des cadavres.

Rapporteur : M. le Dr Malvoz, professeur de bactériologie à l'Université de Liège.

2e question : Le rôle et les devoirs du médecin légiste dans les expertises relatives aux accidents provoqués par l'ingestion des viandes.

Rapporteur : M. le Dr Van Ermengem, professeur de médecine légale et de bactériologie à l'Université de Gand.

3e question : La toxicologie de l'acétylène.

Rapporteur : M. le Dr Van Vyve, médecin-légiste, Anvers.

4e question : L'intoxication par l'oxyde de carbone.

Rapporteurs : M. Bergé, professeur de chimie à l'Université libre de Bruxelles et M. le Dr de Nobele, assistant du cours de médecine légale à l'Université de Gand.

II. Législation. — *1re question :* Les aliénés criminels et les maisons-asiles.

Rapporteur : M. de Busschere, conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles.

2e question : Le secret professionnel médical devant la justice.

Rapporteurs : M. Alfred Moreau et M. Smets-Mondez, avocats près la Cour d'appel de Bruxelles.

III. Médecine légale. — *1re question :* La docimasie pulmonaire.

Rapporteur : M. le Dr Dallemagne, professeur de médecine légale à l'Université libre de Bruxelles.

2e question : La valeur médico-légale des ecchymoses sous-séreuses.

Rapporteur : M. le Dr Gabriel Corin, assistant du cours de médecine légale à l'Université de Liège.

IV. Médecine mentale. — *1re question :* De la responsabilité, notamment de la responsabilité partielle.

Rapporteur : M. le Dr de Boeck, chargé de la clinique de psychiatrie à l'hôpital Saint-Jean, Bruxelles.

2e question : L'hypnotisme dans ses rapports avec la criminalité.

Rapporteur : M. le Dr Camille Moreau, docteur en sciences naturelles, médecin-légiste à Charleroi.

Le Comité prie chaque adhérent de vouloir bien, de son côté, lui faire connaître, avant le 15 mai, les questions qu'il désirerait traiter personnellement au cours des réunions.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhérents recevront le règlement et les rapports sommaires dans le courant du mois de juin ainsi que, dans l'avenir, le compte rendu des travaux du Congrès.

Toutes les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général, M. le Dr Camille Moreau, rue de la Gendarmerie, 6, Charleroi (Belgique).

Les accouchements chez les Laotiens. — M. le Dr Estrade, médecin de la marine, raconte ainsi qu'il suit dans *les Archives de médecine navales*, les coutumes suivies par les Laotiens, au moment des accouchements.

La sage-femme s'installe dans la case de sa cliente jusqu'après la délivrance; les mets les plus recherchés lui sont offerts : on a pour elle les plus grands égards; elle ne doit se laver les mains qu'avec de l'eau parfumée (eau menthée)... Enfin, lorsque les grandes douleurs surviennent, la femme s'assied, les jambes pliées et très écartées, son *sin* (sorte de jupe) doit être rabattu sur les jambes et fortement serré à la taille : cette dernière précaution est prise afin que l'enfant pendant les efforts d'expulsion de la mère, ne puisse pas remonter vers le thorax. Cette idée-là est aussi celle des Annamites. La sage-femme reste devant la parturiente, pendant que des parents, des amis ou plus souvent des jeunes gens soutiennent cette dernière qu'ils essaient d'égayer par les propos les plus licencieux; certains jeunes gens apportent des instruments de musique, d'autres des phallus auxquels ils adressent des reproches pleins d'un esprit si piquant que la parturiente, malgré ses douleurs, les reçoit avec un éclat de rire. On joue, on chante, on boit; pendant ce temps le travail se fait et la femme accouche au milieu de cette gaieté.

Le travail de l'accouchement n'est vu de personne, pas même des parents; seule la sage-femme passe les mains sous la jupe et regarde attentivement pour intervenir au besoin. L'enfant est reçu sur une natte, la sage-femme le tire à elle légèrement et se prépare à faire la section du cordon. Ce dernier est coupé entre deux ligatures faites avec des fils de coton; cette section est pratiquée sur une navette de tisserand avec un couteau plus ou moins luxueux, selon l'état de fortune de la famille; la partie fœtale, d'environ 8 centimètres, est roulée dans des feuilles d'espèces astringentes et rabattue sur l'abdomen; l'enfant est frictionné avec de l'huile légèrement pimentée.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur une variété d'intoxication intestinale accompagnée de phénomènes bulbaires.

Par le Dr Lesage,
Médecin des Hôpitaux.

Dans la convalescence du choléra, alors que les symptômes algides se sont complètement amendés, on peut observer des phénomènes d'embarras gastrique secondaire accompagnés de symptômes bulbaires. Nous avons étudié ces faits avec Macoigne (1) et nous avons cru bon de les attribuer à une intoxication particulière d'origine intestinale, empoisonnement qui frappe principalement sur le bulbe.

Depuis quelques années, nous avons pu observer chez l'adulte plusieurs cas d'embarras gastrique spontanés absolument analogues aux exemples précédents et il nous a paru naturel de rapprocher ces deux ordres de faits.

Cette variété, en quelque sorte bulbaire, de l'intoxication intestinale, est des plus importantes à connaître.

On peut la rapprocher des phénomènes de méningisme que l'on observe si souvent dans le cours des diarrhées des enfants, ainsi que des phénomènes tétaniques que l'on peut rencontrer dans le cours de la dilatation de l'estomac chez l'adulte.

Contrairement à ce que l'on observe dans l'embarras gastrique ordinaire et vulgaire, la langue reste normale ou est légèrement chargée. L'anorexie existe, accompagnée de quelques nausées; mais les vomissements ne sont pas observés.

Les selles sont rares sous la forme d'une très légère diarrhée. Elles peuvent même manquer pendant quelques jours.

Cependant plusieurs symptômes frappent de suite l'attention et semblent différencier ces faits de l'embarras gastrique ordinaire.

Le ventre est très ballonné, très tympanisé et très sonore. Ce tympanisme peut être tel, que le foie disparaît complètement et que la matité normale de cet organe est remplacée par une sonorité anormale et exagérée. Par suite de cette distension énorme de l'intestin, le diaphragme est refoulé en haut et le jeu des organes thoraciques est gêné : de là un certain degré de dyspnée continue. Cependant, malgré cette tension exagérée de l'abdomen, le malade ne souffre pas ou souffre peu spontanément : il n'y a pas de coliques. La pression ne réveille aucune douleur, sauf parfois au niveau de l'hypochondre droit où il existe une légère sensibilité.

Cet aspect de l'abdomen est frappant et ne se rencontre pas à ce degré d'intensité dans l'embarras gastrique ordinaire. Voici déjà un premier fait important, qui montre la particularité de ces cas d'embarras gastrique. Nous devons ajouter de plus que ce développement anormal de l'intestin survient assez rapidement et simule au premier abord une obstruction intestinale.

(1) Lesage et Macoigne. *Archives de médecine*, 1895 : Sur la convalescence du choléra. — Lesage. *Le Choléra* : Encyclopédie Léauté.

En poursuivant l'examen du malade, d'autres faits d'une égale importance viennent frapper l'attention.

On note un certain état d'excitation bulbaire : le malade tourne la tête alternativement à droite et à gauche avec une certaine ténacité. Ces mouvements présentent la brusquerie et l'imprévu des tics ordinaires. Ces contractions que le malade ignorait jusqu'alors peuvent ne pas se localiser aux muscles du cou. On les retrouve avec la même intensité et les mêmes caractères dans les muscles de la face. Le facies est grimaçant et présente des tics, qui modifient à tout moment l'état de la figure. Le masque est d'une très grande mobilité. Tous les muscles de la face (joues, lèvres, paupières) peuvent être le siège de ces contractions brusques.

Le malade présente du machonnement accompagné de salivation et de sputation. Joignez à cela quelques contractions brusques du diaphragme, des expirations courtes et bruyantes, des hoquets, des plaintes, des cris inarticulés. Bien plus, on peut observer des spasmes des muscles du pharynx, de sorte que l'on se trouve en présence de la séméiologie de la rage. On n'observe ni trismus, ni modification dans l'état de la pupille, sauf une tendance à la mydriase ; cependant les pupilles sont égales des deux côtés. Un léger strabisme externe unilatéral vient de temps en temps modifier ce tableau clinique.

Outre l'inégalité et l'irrégularité des mouvements respiratoires, on peut observer des inégalités du cœur.

Cependant l'examen de la poitrine et du cœur est négatif et il est facile de se convaincre que ces divers troubles d'excitation relèvent tous de modifications pathologiques dans l'état du bulbe.

Les urines sont normales, diminuées en quantité, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Il y a ou non de la fièvre. Quand cette dernière existe, la courbe thermique est des plus irrégulières et entrecoupée de chutes brusques de la température à 36°-35°,5. Dans un cas que nous avons pu observer récemment avec le Dr Girerd, la température qui oscillait entre 38°,5 et 39°,5 depuis quelques jours tomba à plusieurs reprises à 36°. Mais ces excès d'hypothermie sont de courte durée, si bien qu'en deux ou trois jours la température remonte à son taux initial.

La courbe thermique est donc très inégale et très irrégulière.

Mais il est bon de noter que la fièvre manque souvent : l'apyrexie est absolue, malgré l'existence du tympanisme.

Qu'il y ait ou non de la fièvre, l'état général n'est nullement atteint. Le malade a conservé tout son intellect et il n'y a pas trace d'adynamie, comme dans la dothiénentérie. Le malade se plaint simplement d'une légère insomnie et d'une sensation de malaise général avec une légère pesanteur de tête. La durée de cette intoxication varie, quand la maladie est abandonnée à elle-même. Elle oscille entre cinq et six jours et même trois semaines, comme nous l'avons noté dans le fait que nous avons pu observer avec le Dr Girerd.

Il est certain qu'au premier abord ce tableau clinique présente une certaine gravité et assombrit le pronostic.

Cependant tout est jugé rapidement en quelques heures par un ou deux lavements purgatifs. Le malades émet alors quelques selles, d'une odeur repoussante. Tout le tableau symptomatique cesse comme par enchantement et la guérison survient avec une grande rapidité.

Le traitement qui réussit le mieux dans cette variété d'intoxication stercorale est

l'administration d'un ou deux lavements purgatifs. Ce qui nous a paru donner le meilleur résultat est le miel de mercuriale, 60 grammes, uni à l'infusion de séné.

Le diagnostic de cette variété d'intoxication intestinale avec accidents bulbaires est relativement aisé.

On ne peut hésiter qu'avec la fièvre typhoïde, l'obstruction intestinale et les empoisonnements alimentaires.

L'absence de taches rosées, d'hypertrophie splénique, de gargouillement intestinal, d'épistaxis, de sécheresse de la langue, de diarrhée, est des plus importantes. De plus, l'état général et intellectuel, qui est si déprimé dans la dothiénentérie, est peu modifié dans cette variété d'embarras gastrique. Le malade n'a pas de délire, est un peu agité, mais ne présente aucun signe d'adynamie, symptôme constant dans la maladie typhique.

On ne peut se fier sur le tympanisme, car on peut l'observer avec cette intensité dans la dothiénentérie, mais dans cette dernière éventualité les phénomènes adynamiques et les autres signes typhiques sont tellement marqués, que l'on ne peut penser à cette variété d'intoxication intestinale. Ce qui vraiment est la caractéristique clinique de cette dernière maladie est l'existence d'un tympanisme extrême avec l'émission de peu de selles et la conservation presque intacte de l'état général, sauf l'agitation et les phénomènes bulbaires.

On ne peut se fier sur l'existence de la fièvre, car l'élévation thermique peut être également observée dans l'intoxication intestinale. Cependant, quand la fièvre existe, elle n'affecte pas cette régularité et cette continuité, qui est caractéristique dans la maladie typhique. La courbe thermique, en effet, est dans ce cas particulier, irrégulière, entrecoupée de chutes busques à 36°, en hypothermie, comme nous avons pu récemment en observer un cas avec le Dr Girerd.

L'existence de symptômes bulbaires a son importance, cas on ne les observe qu'exceptionnellement dans la dothiénentérie. Mais le moyen le plus sûr et le plus certain pour séparer complètement la dothiénentérie de cette variété d'intoxication intestinale, est l'étude du séro-diagnostic. Dans un cas de ce genre, que nous avons pu étudier récemment, le séro-diagnostic fut négatif. La dothiénentérie était de ce fait éliminée.

L'obstruction intestinale ressemble beaucoup à cette intoxication intestinale, mais l'émission des gaz et de quelques selles, l'absence de vomissements fécaloïdes, la disparition rapide des accidents à la suite d'un lavement purgatif éliminent l'obstruction intestinale.

Les empoisonnements alimentaires par les champignons et les viandes avariées ne peuvent être confondus avec cette variété d'intoxication intestinale.

La diarrhée intense, très fétide, accompagnée de coliques, de douleurs vives au creux épigastrique, de vomissements, la prostration et l'adynamie très marquées suffisent à éliminer l'intoxication spéciale que nous étudions. Et ce diagnostic est d'autant plus à établir, que les intoxications alimentaires sont fréquemment accompagnées de paralysie des muscles des yeux (ptosis, paralysie de l'accommodation), phénomènes qui, quoique étant tout à fait opposés aux symptômes d'excitation bulbaire que nous avons étudiés plus haut, peuvent au premier abord faire hésiter dans le diagnostic.

La pathogénie de cette intoxication stercorale à type si particulier nous semble des plus aisées à établir.

Le tympanisme si développé, le peu de matières fécales émises et la stagnation de ces dernières dans l'intestin, leur odeur repoussante, la cessation brusque des symptômes morbides bulbaires à la suite de l'évacuation intestinale, tout fait penser à l'intoxication fécaloïde, qui frappe surtout le bulbe, ainsi que l'indiquent les symptômes cliniques.

La rapidité de la cessation des accidents bulbaires semble indiquer qu'il n'existe aucune altération des centres bulbaires et qu'il s'agit simplement de phénomènes toxiques passagers.

On peut penser que dans ces cas, par suite de la stagnation des matières fécales dans l'intestin, il se produit des toxines dont l'absorption provoque les accidents. Nous ignorons la cause de cette localisation sur le bulbe et la nature même de ces poisons d'origine intestinale.

Quoi qu'il en soit, cette variété d'intoxication intestinale à manifestations bulbaires est importante à connaître. De sa connaissance résulte une thérapeutique active, qui donne des résultats heureux en quelques heures.

Du traitement de la fièvre puerpérale.

Par le Dr Laskine,

Ancien Interne des Hôpitaux.

Plus de trente-huit ans viennent de s'écouler depuis les mémorables séances que sur l'initiative de Guérard l'Académie de médecine de Paris a consacrées au traitement de la fièvre puerpérale. On y a longuement discuté et sur la pathogénie et sur les moyens de combattre cé terrible fléau; depuis, de nombreuses recherches ont été instituées et de multiples travaux publiés : et malgré tout cela on n'a encore accompli, à l'heure qu'il est, que la moitié de la tâche. Grâce à Pasteur surtout, et à ses prédécesseurs tels que Mayrhoffer, qui, un des premiers, déjà en 1865, découvrait dans les lochies la présence de vibrions qui pour lui étaient la cause de l'empoisonnement; grâce à Quinquaud, Orth, Spillmann, Birch-Hirschfeld, Kehrer, et plus tard à Doléris, Arloing et Chauveau, Frœnkel, Brieger et enfin Widal, nous connaissons maintenant l'agent infectieux. Nous savons aussi que grâce à sa virulence variable il peut créer des formes différentes d'infection puerpuérale en commençant par les plus légères et finissant par les plus graves et, bien plus, nous avons appris que sa puissance nocive peut dépendre non seulement de ses propres qualités, mais aussi des conditions favorables ou défavorables présentées par le terrain sur lequel il se développe.

Nous voilà certainement bien, bien loin des conceptions pathogènes d'autrefois, et lorsqu'on relit avec attention les procès-verbaux des séances académiques de 1858, on a quelque difficulté à croire que tous ces hommes jadis illustres ont pu énoncer avec tant d'autorité des hypothèses aussi invraisemblables que baroques. Guérard parle d'un virus créé par la femme en état de parturition. Piorry s'élève contre l'idée de l'unité morbide de la fièvre puerpérale; pour lui il n'y a pas de venin spécial, mais des maladies ; c'est tout comme Beau, Désormeaux et Hervez de Chégoin qui prétendent qu'il n'y a point de fièvre puerpérale, mais bien des métrites, des péritonites, des lymphangites, des phlébites, etc.

Cruveilhier, Danyau, Bouillaud viennent renforcer le parti des localisateurs. Seuls, ou a peu près, Trousseau, Depaul et Dubois croient à une influence extérieure et Trousseau vers la fin de sa communication faite le 16 mars 1858 parle d'une cause d'un ferment encore inconnu; il insiste en même temps sur les coïncidences des phlébites ombi-

licales, des péritonites et des pleurésies des nouveau-nés avec les épidémies de fièvre puerpérale. Dubois a pressenti les idées pathogéniques contemporaines alors qu'il s'est écrié : « En cet état de la science j'admets l'altération primitive du sang par une cause encore inconnue, parce que cette hypothèse me paraît très admissible et parce qu'après la ruine des autres, elle est la seule à laquelle je puisse me rattacher. *Je crois même que dans un très grand nombre de cas, cette cause contient en elle les éléments de la gravité ou de l'innocuité de la maladie et pour ainsi dire son avenir...* »

Malheureusement, l'impression qui résulte d'une aussi belle pensée est aussitôt ternie par l'avis que Dubois émet au sujet des travaux et applications pratiques de Semmelwein; de même que les réflexions qu'il émet au sujet des propriétés contagieuses de l'infection puerpérale, là il montre un aveuglement et un parti pris qui sont peu à l'honneur d'un aussi grand savant.

Aujourd'hui la pathogénie est nettement établie. Le streptococcus pyogenes constitue le plus souvent le seul agent de l'infection puerpérale et si quelques auteurs ont pu révéler la présence d'autres microbes tels : le coli-bacille (Legry) ou le vibrion septique (Vignal) ou encore des staphylocoques, leur rôle est bien plus effacé, moins important que celui du streptocoque.

La connaissance parfaite de ce microbe, de sa vie, de ses propriétés et de sa virulence ont eu pour résultat une transformation radicale de la thérapeutique de la fièvre puerpérale. Est-ce à dire que nous avons maintenant le remède tant désiré, tant recherché ? Pouvons-nous affirmer qu'en présence d'un cas aussi grave qu'il soit, nous sortirons victorieux grâce aux moyens thérapeutiques qu'on nous met aujourd'hui en mains? Ce serait certainement bien téméraire et personne ne l'oserait affirmer. Voici pourquoi à la fin de ce court préambule, nous allons répéter ce que nous avons déjà dit au début. Malgré tant d'efforts on n'a parcouru que la moitié du chemin, et si nous savons à peu près prévenir le mal, nous sommes dans certains cas absolument impuissants à le guérir.

I. *Traitement prophylactique.* — Plusieurs conditions favorisent l'apparition des phénomènes infectieux. En premier lieu et avant tout il faut placer l'absence de soins avant l'accouchement, puis la rupture des membranes, les hémorragies et enfin le travail prolongé.

Chez bien des femmes il existe de la leucorrhée qui très abondante amène souvent des érythèmes, des suintements fétides qu'on a tout intérêt à combattre. On fera dans ces cas avec avantage des toilettes fréquentes et on pourra même employer des injections vaginales au sublimé à 1 pour 5000.

Sans parler de l'utilité que peuvent avoir ces injections pour la femme, il est certain que l'enfant qui quelquefois séjourne un temps assez prolongé dans le canal utéro-vaginal en tirera le plus grand profit au point de vue de la prophylaxie, de l'ophtalmie qui le menace chaque fois que le vagin est le siège d'une sécrétion purulente.

Si l'œuf est ouvert les chances d'infection sont multipliées et point n'est besoin que l'enfant soit mort pour qu'il y ait physométrie ou putréfaction du liquide amniotique ; on sait que même avec un enfant vivant ces faits sont possibles. Les précautions antiseptiques sont donc de toute nécessité; on fera l'occlusion du canal vulvo-vaginal au moyen d'un tamponnement aseptique, et dans le cas où le liquide amniotique présenterait un peu d'odeur on fera précéder le tamponnement d'un lavage et brossage minutieux avec une solution de sublimé (1 pour 5000).

On sait aujourd'hui que les hémorragies qui surviennent à la fin de la grossesse sont une cause d'épuisement pour la malade, condition qui la rend plus apte à subir l'influence

nocive des germes pathogènes. C'est à l'accoucheur de veiller à la santé de la patiente qui se confie à lui. Au lieu de temporiser et avoir recours aux remèdes dignes plutôt d'un empirique que d'un médecin instruit, il combattra l'hémorragie dès la première heure au moyen des injections chaudes, et si celles-ci ne suffisent pas, il devra avoir recours à la rupture des membranes et à l'accouchement prématuré artificiel.

Le ballon de Champetier de Ribes permet aujourd'hui de la mener rapidement à bonne fin. Aussi n'oubliera-t-on jamais le précieux service qu'il peut rendre à l'accoucheur dans une situation qui lui inspirera quelque inquiétude.

Parmi les circonstances qui favorisent et rendent la pénétration des germes plus facile, il faut encore signaler le travail prolongé et les interventions de toutes sortes, en commençant par le toucher et finissant par les diverses opérations obstétricales. Aussi est-il indispensable que l'asepsie la plus rigoureuse préside à toute la période que durera l'accouchement. Aujourd'hui, nous considérerions comme coupable quelqu'un qui oserait tenir un langage semblable à celui de P. Dubois qui, à la séance du 27 avril 1858, a pu dire que la propriété contagieuse « n'est ni aussi constante, ni aussi active, ni surtout aussi persévérante que les innombrales récits qui ont été publiés tendraient à l'établir », et Dubois renchérissant sur cette idée ajoutait que si ces faits étaient exacts, non seulement l'accoucheur, parmi les clientes duquel un cas de fièvre puerpérale avait apparu, serait un pestiféré bannissable à tout prix, mais un service hospitalier destiné à recevoir des femmes en couches deviendrait, quoi qu'on pût faire, un foyer d'infection fatal à toutes les malheureuses qui voudraient y chercher un refuge; le médecin même, et à plus forte raison les serviteurs indispensables à un tel service, ne pourraient, dans l'accomplissement de leur devoir, passer d'une accouchée malade à une accouchée saine sans courir la chance cruelle et certaine de transporter l'infection de l'une à l'autre. « A mon sens, disait le grand Dubois, il s'en faut de beaucoup que ce danger soit aussi redoutable. » Malheureusement tout est faux dans cette proposition et l'accoucheur qui donne ses soins à une femme infectée est un danger pour l'accouchée bien portante. Aussi, s'il est tant soit peu honnête il devra momentanément renoncer à tout accouchement.

Pendant le travail tous ceux qui approchent la malade doivent avoir le linge et les vêtements propres. Le mieux est de quitter les vêtements de la ville et de revêtir pour la circonstance une blouse en toile bien lavée, bien nettoyée.

Dans ces derniers temps, à l'étranger surtout, on a fait une campagne très sérieuse contre le toucher vaginal; d'aucuns sont allés jusqu'à le proscrire d'une façon complète, en aimant mieux lui substituer le toucher rectal. Sans aller aussi loin que ces auteurs, il est impossible de ne pas convenir que le toucher est un danger pour la femme. Malgré toutes les précautions voulues, la femme qui subit des examens fréquents est plus exposée aux possibilités d'infection, qu'une autre qui accouche spontanément sans que les diverses phases du travail soient contrôlées à un moment quelconque. Aussi est-il sage de limiter le toucher le plus qu'on pourra, et de ne le pratiquer que quand on ne peut faire autrement. Bien souvent, trop souvent on ne touche la femme que parce qu'on est curieux de savoir où en est le travail, de combien est la dilatation et à quel point se trouve le mouvement de rotation commencé. Quand il n'y a pas d'intérêt purement scientifique à surveiller les stades successifs du travail, le mieux est de s'abstenir du toucher.

Avant d'y procéder, il va de soi qu'il faudra porter la plus grande attention à la désinfection parfaite des mains. On ne se contentera pas d'un simple lavage ou d'un savonnage; celui-ci sera suivi d'un brossage vigoureux des ongles, des doigts, des sillons inter-digitaux, des mains et des avant-bras à la liqueur de Van Swieten ou, ce qui est encore

mieux, d'une solution où l'alcool entre dans une plus grande proportion que dans la liqueur de Van Swieten; nous lui préférons la liqueur composée de la façon suivante :

Sublimé corrosif	1 gramme.
Alcool à 90°	300 —
Eau distillée, Q. s. pour faire un litre.	

Après le nettoyage parfait des mains on pourra toucher la malade, qui elle aussi aura subi au préalable une toilette minutieuse. Les poils de la vulve seront coupés, et toute la région génitale sera soumise à un savonnage et lavage antiseptique parfait. Dans certains cas, où l'on a quelque droit à suspecter l'asepsie des voies génitales, il ne sera pas inutile de faire une injection vaginale au sublimé (1 pour 5000), mais le plus souvent on pourra s'en abstenir.

Pendant toute la durée du travail, il est prudent de couvrir la vulve d'une compresse trempée dans une légère solution antiseptique ou d'une bonne couche d'ouate aseptique, que l'on tâchera de maintenir en place en la couvrant d'une serviette fixée elle-même par un large et long ruban autour de la taille.

Si le travail se prolonge et si les membranes sont rompues et surtout si l'enfant est mort, il faudra redoubler d'attention et de précautions. On veillera à l'occlusion parfaite de la vulve et à la moindre fétidité du liquide on fera des injections vaginales antiseptiques répétées. A-t-on eu pour l'accouchement besoin d'un instrument, celui-ci ne sera appliqué qu'après avoir été au préalable flambé et trempé pendant un certain temps dans une solution bouillante d'eau phéniquée à 5 0/0.

La femme est délivrée : que convient-il de faire pour mieux assurer les suites normales de ses couches?

Un large lavage des organes génitaux entraînera les caillots, le sebum qui se sera collé aux lèvres, et une injection vaginale de 2 à 3 litres assurera l'asepsie du canal de la parturition. Cette précaution est surtout indiquée si les touchers ont été trop souvent répétés, si la femme est restée longtemps en travail et si le fœtus a succombé dans le cours de celui-ci.

Bien plus, si on a été obligé de terminer l'accouchement artificiellement par une intervention quelconque, il sera très utile de compléter l'injection vaginale par une injection intra-utérine.

Dans les hôpitaux, la question de la prophylaxie de la fièvre puerpérale est bien plus complexe.

Hervieux, dans son livre sur la fièvre puerpérale, résume ainsi les mesures à prendre :

Pour lui, c'est à l'abandon des services spéciaux d'accouchements qu'il faut avoir recours; l'évacuation complète des salles et des maisons d'accouchements en cas d'épidémie, l'occupation alternée des salles et des lits, l'espacement de ces derniers et enfin la ventilation doivent suffire pour empêcher la réapparition des épidémies puerpérales.

Aujourd'hui la question comporte des développements bien plus considérables, et s'il est vrai que les conditions signalées par Hervieux soient d'une grande importance pour le maintien d'un bon état sanitaire dans un service hospitalier, sa manière de voir se rattache trop à l'époque de terribles épidémies, elle se ressent trop de la peur que lui inspirait, à lui et à ses nombreux confrères, les hôpitaux. A l'heure qu'il est, sans vouloir pousser les choses au paradoxe, on peut prétendre que les accouchements sont moins dangereux dans les hôpitaux qu'en ville, l'antisepsie y étant beaucoup mieux réalisée, et le personnel préposé aux soins à donner aux femmes mieux stylé que celui auquel on a souvent à faire en ville.

Pour répondre aux conditions que l'on est en droit d'exiger aujourd'hui d'une maternité, il faut qu'elle soit tout à fait isolée du reste de l'hôpital; car la trop grande proximité des services de médecine et même de chirurgie constitue une menace permanente de contagion. Le service d'admissions et de consultations doit être aussi complètement indépendant du reste du service. Que de fois n'avons-nous vu les femmes arriver du dehors avec leurs vêtements sales, leurs chaussures souillées et se mettre pour subir l'examen sur un lit tout voisin d'un autre occupé par une femme en travail. Ce sont là certes des conditions qui ne répondent guère aux idées que l'on se fait aujourd'hui d'une maternité. Aussi est-il indispensable que les malades externes aient une salle spéciale d'attente, une salle de bain, des lavabos, des water-closets et enfin une salle bien spacieuse, propre, pour le cas où l'on doit procéder à leur examen. Complètement désinfectées, baignées et revêtues de vêtements propres, elles pourraient entrer dans le service destiné aux femmes enceintes ou à la salle de travail.

Ici encore il est à souhaiter que les femmes qui ont subi des touchers répétés ou des interventions en ville, qui par conséquent peuvent à juste titre paraître comme suspectes, il faut que ces malades, disons-nous, aient une salle de travail à part qui leur soit spécialement réservée.

Il doit en être de même de la salle d'opération. Les femmes suspectes devraient avoir la leur. Aussi serait-il désirable qu'il y eût une pièce destinée aux grandes opérées et aux malades qui ont besoin d'être sous la surveillance continue des sages-femmes ou infirmières.

Chaque service d'accouchement doit avoir plusieurs salles d'accouchées, vastes, bien éclairées et bien chauffées.

Les lits et les berceaux bien espacés.

Les malades infectées et suspectes devront occuper un bâtiment complètement séparé du reste. Ici le système des chambres isolées communiquant toutes par une longue galerie semble plus propre à assurer le maximum de sécurité pour les malades (Tarnier).

La question du personnel joue encore un rôle capital dans toute maternité. Il appartient aux bons et généreux chefs d'avoir de bons serviteurs. Ceux-ci doivent être logés et nourris dans le service et n'avoir aucun rapport avec celui des services voisins. Le service d'isolement aura son propre personnel qui sous aucun prétexte ne devra communiquer avec celui du reste de la maternité.

Traitement curatif. — Chaque fois qu'une femme accouchée présente avec les douleurs persistantes dans le bas-ventre et les reins un pouls à 100 ou au-dessus, une température de 38° et des frissons, il ne faut pas perdre un temps précieux et agir tout de suite, sans quoi l'état s'aggrave quelquefois au point de devenir désespéré.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

C'est tout d'abord aux injections intra-utérines qu'on aura recours. Celles-ci présentent certaines difficultés qui nécessitent quelques détails. Après l'accouchement et la délivrance, l'utérus se rétracte et forme dans sa partie supérieure un globe dur et résistant; la partie inférieure, celle qui répond au segment inférieur est flasque, molle, amincie. Pour mener à bonne fin une injection intra-utérine, il faut rechercher l'orifice utérin et y conduire avec beaucoup de douceur et de précautions une canule intra-utérine, celle de Doléris ou d'Auvard, par exemple. Mais ce n'est là que le début de l'opération, car le segment inférieur et le corps de l'utérus formant entre eux un angle ouvert en avant, il devient dangereux de pousser la canule toujours dans la même direction; faite

de cette façon l'opération amènerait fatalement la perforation de la paroi postérieure du segment inférieur, aussi est-il indispensable de faire subir au manche de la sonde un léger mouvement d'abaissement, qui l'amènera au contact de la fourchette vulvaire.

En agissant avec prudence et douceur on pourra toujours arriver à bien faire l'injection intra-utérine: quelquefois la rigidité exceptionnelle du plancher pelvien, l'obliquité antérieure exagérée de l'utérus (chez les multipares à parois abdominales distendues), la rétraction de l'orifice interne du col pourront gêner d'une façon momentanée l'introduction de la canule, mais ces difficultés ne sont pas insurmontables et point n'est besoin d'être grand accoucheur pour arriver à les vaincre.

Bien entendu chaque injection intra-utérine sera précédée d'une toilette minutieuse et d'une injection vaginale qui permettront l'exécution absolument aseptique de la manœuvre. Ceux qui auront recours aux canules en verre, feront bien de les plonger pendant quelques instants dans l'acide azotique dilué et les rincer longuement dans l'eau bouillante. Les canules en verre présentent un grand inconvénient vu leur grande fragilité, en outre, comme on n'a pas toujours de l'acide azotique sous la main leur asepsie n'est pas aussi facile à réaliser qu'on serait peut-être tenté de le croire de prime abord. Aussi, leur préférons-nous de beaucoup les sondes métalliques, surtout celles de Doléris et d'Auvard. Avec elles il suffit de quelques grammes d'alcool à brûler pour les mettre en état d'être utilisées.

Nous ne sommes plus au temps où Trousseau pouvait dire à propos des injections : « On n'en use guère dans les campagnes, les femmes s'y portent très bien avec des lochies horriblement fétides. Dans nos hôpitaux on fait des injections avec le plus grand soin, les lochies n'y sont pas fétides, il en est de même de la société et nos accouchées meurent. »

Ce sont là des boutades; tous ceux qui ont pratiqué les injections en général et les injections intra-utérines en particulier savent qu'elles sont suivies d'un abaissement de la température et de la diminution de la fréquence du pouls; les malades ressentent un bien-être particulier, quelquefois une ou plusieurs injections suffisent pour amener la disparition complète des phénomènes infectieux.

Parfois l'injection intra-utérine est accompagnée d'accidents. C'est ainsi qu'il arrive quelquefois que l'injection à peine commencée on voit la femme pâlir, son pouls devenir petit et précipité, on voit sur sa face se dessiner quelques mouvements convulsifs, ces symptômes peuvent aller jusqu'à la perturbation momentanée des facultés mentales, les femmes divaguent et des fois perdent complètement connaissance. Cet état qui répond à la lipothymie peut aller jusqu'à la syncope et même jusqu'à la mort. Fort heureusement ces cas sont extrêmement rares. On a cherché à connaître la pathogénie de ces accidents et on s'est arrêté aux hypothèses suivantes : la pénétration de l'air dans les sinus veineux; l'introduction du liquide à injection dans les trompes et le péritoine; la perforation de l'utérus et enfin l'inhibition.

La deuxième des hypothèses est la moins probable, car on ne connaît pas d'autopsie où l'on ait constaté le passage du liquide dans le péritoine.

Quant à la pénétration du liquide dans les sinus, les expériences faites par Tissier à la clinique de la rue d'Assas la mettent hors de doute.

Comme circonstance pouvant en quelque sorte favoriser cet accident on doit signaler surtout les cas dystociques et où l'utérus était le siège d'une physométrie bien accusée. La fibre musculaire dans ces cas a subi des modifications passagères, elle est peu contractile et très friable, aussi est-il aisé de comprendre comment dans ces cas particuliers le liquide peut pénétrer dans les sinus.

C'est dans des circonstances analogues que l'on observe la perforation de l'utérus. Pour cet accident comme pour la pénétration du liquide dans les sinus veineux, il faut savoir qu'en procédant toujours avec douceur et une grande circonspection on saura les éviter.

Restent les phénomènes d'inhibition. Quelques auteurs les ont observés et décrits; mais ils sont extrêmement rares. Très souvent ils ont été provoqués ou par le heurt de la canule contre le col ou par la pénétration trop brusque, trop violente du liquide dans la cavité utérine. C'est pourquoi il est bon de ne jamais élever très haut le bock à injections; lorsque le liquide s'écoule lentement et sous une très faible pression les phénomènes dits d'inhibition ne sont pas à craindre.

Pour éviter la pénétration de l'air dans les sinus veineux il suffira de laisser couler une certaine quantité de liquide en dehors des voies génitales et dans le vagin avant d'introduire la canule dans le canal cervico-utérin.

IRRIGATION INTRA-UTÉRINE CONTINUE

Prônée par les chirurgiens qui en maintes circonstances ont montré l'efficacité de la balnéation ou de l'immersion continue, celle-ci fut introduite en obstétrique par Langenbuck et Schede tout d'abord sous la forme de drainage de l'utérus et plus tard par Schucking comme injection intra-utérine. Acceptée par Sneguireff (de Moscou), MM. Pinard et Varnier, cette méthode fut employée et comme traitement prophylactique et comme moyen curatif de l'infection puerpérale; mais comme partout et en tout l'irrigation continue a aussi trouvé ses détracteurs. On a dit qu'elle était incapable d'agir sur la surface interne de l'utérus, que si le courant du liquide antiseptique qui balaie la muqueuse utérine est trop faible, il est impossible qu'il enlève les débris placentaires ou la muqueuse infectée et sphacélée, et que d'autre part vouloir employer une pression trop forte c'est exposer d'une façon téméraire la vie de la femme aux accidents les plus redoutables.

C'est là de l'exagération; l'irrigation continue a donné de bons résultats et elle en donnera encore; mais il ne faut pas lui trop demander. Quelle est d'ailleurs la méthode qui peut aujourd'hui prétendre à la première place? quel est le procédé qui permet à coup sûr de guérir une femme infectée? Nous n'en connaissons pas; aussi est-il raisonnable de ne pas faire fi de l'irrigation continue et de la réserver à certains cas spéciaux. Lorsqu'il s'agit des pelvi-cellulites ou des salpingo-ovarites survenant dans le cours des suites de couches, elle rendra les plus grands services. D'autre part, comme on sait qu'avec l'injection intra-utérine intermittente on n'est pas toujours sûr d'enrayer les phénomènes infectieux, l'irrigation continue pourra être employée à titre de méthode d'attente (Pinard). Elle permettra de combattre, dans la mesure du possible, l'absorption d'éléments putrides retenue à la surface de la muqueuse utérine et préparer le champ opératoire pour une intervention plus complète, tel le curettage par exemple. Il semble, même *a priori*, qu'on pourra en tirer les plus grands avantages après ce genre d'intervention; car l'irrigation permettra alors non seulement d'enlever plus facilement les débris de la muqueuse malade, mais d'imprégner de substances antiseptiques les éléments jeunes de celle-ci.

Voici comment M. Pinard décrit le manuel opératoire de l'irrigation intra-utérine continue :

« La malade est couchée sur un lit de fer sans sommier; on a replié par le milieu deux matelas, un pour la tête et le tronc, un pour les membres inférieurs. Le siège de la

malade se trouve entre les deux matelas repliés, dont chacun est recouvert d'une toile cirée. Un récipient de 20 litres environ est placé au pied du lit, à 50 centimètres au-dessus du plan de ce lit. Le récipient est muni d'un robinet auquel on adapte un tube en caoutchouc et ce tube aboutit à une canule intra-utérine qui une fois introduite dans l'utérus est fixée par des liens aux cuisses de la femme. Un seau sous le lit recueille le liquide de l'irrigation : comme toujours, le jet doit être très faible et la solution antiseptique aussi diluée que possible. »

L'irrigation continue exige une grande surveillance; il faut que pendant toute la durée du traitement, la température du liquide soit la même à peu de chose près, que l'écoulement soit lent et régulier et que la canule soit toujours bien maintenue en place.

Comme pour les injections intermittentes, on a pu ici aussi signaler des accidents convulsifs syncopaux et même la perforation utérine. Aux accoucheurs de veiller à la bonne exécution de leurs ordres et à l'application rigoureuse des préceptes qui les doivent constamment guider au cours de ce genre d'intervention.

D'une façon générale, au bout de vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, on obtient une chute de la température. Si ce n'était pas, il faudrait y renoncer et devant la crainte de la généralisation des phénomènes infectieux avoir recours à une méthode plus énergique.

(*A suivre.*)

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 Juin 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

La correspondance comprend une note de M. le Pr Schmidt (de Nancy) *sur les eucaïnes :* dans cette note, l'auteur fait ressortir que les eucaïnes A et B, contrairement aux recherches de M. le Pr Pouchet, paraissant beaucoup moins toxiques que la cocaïne. Il est vrai que leur action anesthésique est aussi moins marquée que celle de cette dernière : sans remplacer la cocaïne, les produits nouveaux présentent un grand intérêt.

M. Mathieu donne lecture de la seconde partie de son mémoire concernant le *traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.* La première indication thérapeutique consiste à combattre la constipation : celle-ci se complique d'irritabilité et d'hyperesthésie, aussi les drastiques doivent-ils être absolument interdits ; ils produisent en effet une hyperémie se traduisant par l'apparition de glaires sanguinolentes. L'intestin de ces malades, continuellement appelé à se défendre contre l'irritation provoquée par les matières fécales dures et le mucus desséché, est en état de congestion chronique ; c'est pourquoi M. Germain Sée avait jadis proposé l'hydrastis et le viburnum comme médicaments propres à améliorer l'état des malades qui présentent des selles sanguinolentes. M. Mathieu se propose d'essayer de cette médication la prochaine fois qu'un cas de ce genre se présentera à son observation. Un régime approprié suffit parfois pour faire disparaître la constipation, mais en général il faudra s'adresser en outre à d'autres méthodes : l'hydrothérapie, l'élec-

trothérapie, le massage: celui-ci exige une grande prudence, à cause de la contracture et de l'hyperesthésie intestinales. La gymnastique suédoise est indiquée aussi pour rendre aux parois abdominales leur tonicité. Les grands lavements quotidiens rendent aussi des services, mais il faudra la plupart du temps se résoudre à employer les laxatifs. Un des meilleurs moyens de combattre chez ces malades la constipation sans irriter l'intestin consiste à donner tous les deux jours de l'huile de ricin à petite dose et le lendemain un grand lavement. La dose d'huile sera d'une demi-cuillerée à café dans du sirop de cassis et de l'eau : on arrive de cette façon à masquer fort bien le goût du médicament. Le cascara sagrada avec quantité égale de magnésie calcinée et du bicarbonate de soude à dose double donne un mélange laxatif recommandable. Guéneau de Mussy recommandait l'administration d'une goutte de sublimé au centième. Le naphtol, le benzonaphtol, etc., ne paraissent à l'orateur d'aucune utilité.

Pour le nettoyage du gros intestin, les grands lavages du côlon sont indiqués et l'antisepsie intestinale sera aisément obtenue au moyen de purgatifs salins : pendant dix à vingt jours, on donnera tous les deux ou trois jours une eau purgative concentrée (Carabana, Rubinat, etc.) : il faut cependant se rappeler que ces eaux tendent à diminuer la sécrétion stomacale. Les grands lavages détachent les concrétions et représentent un bain interne efficace qui agit sur la motricité intestinale, tout en constituant un fort bon antiseptique. Il est indispensable de n'employer qu'une faible pression; le bock ne doit pas être placé à plus de 50 centimètres au-dessus du malade : on arrive ainsi à faire remonter très haut une quantité de liquide qui ne doit pas dépasser 2 litres. Si le lavage donne lieu à des douleurs, il ne faut pas passer outre. Une décoction légère de racine de guimauve à 40° centigrades est préférable à l'eau simple : s'il y a beaucoup de mucosités, on ajoutera par litre 4 à 5 grammes de biborate de soude et 1 gramme de salicylate de soude : le chlorate de soude à 5 00/00 constitue aussi un adjuvant fort utile. L'eau boriquée ou naphtolée est irritante. Quand il y a des poussées dysentériformes, une solution faible de nitrate d'argent sera préférée. La douche rectale ascendante, telle qu'on la pratique à Plombières et à Luxeuil, par exemple, ne vaut pas le lavage, car elle provoque des contractures chez les malades en question. Les grandes applications matin et soir de linges trempés dans l'eau chaude, les ceintures humides froides donnent aussi de bons résultats dans les cas de constipation.

Les douleurs intestinales seront calmées au moyen de pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigramme de poudre de belladone : une pilule matin et soir suffiront; leur action laxative est précieuse. La codéine et l'extrait gras de cannabis indica, donnés dans un julep gommeux, rendent des services, ainsi que les bains quotidiens prolongés.

L'hydrothérapie sous forme de douches froides (chaudes quand il existe de l'hyperesthésie) constitue une méthode calmante utile. Le valérianate d'ammoniaque, moins irritant que les bromures, agit dans le même sens.

Pour diminuer l'irritation, on supprimera dans l'alimentation les irritants mécaniques (épices, poivre, etc.), on excluera les éléments de fermentation (viandes faisandées, conserves, poissons à moins qu'ils ne soient très frais). Les aliments insuffisamment broyés ou contenant des fibres indigestes représentent aussi des irritants mécaniques. Les végétaux sont dans ce cas, mais comme ils exercent une action laxative utile, il ne faudrait pas les exclure entièrement du régime : les fruits seront cuits et passés.

Dans quelques cas, s'il existe de la dyspepsie gastrique avec fièvre, par exemple, le régime lacté sera indiqué : on additionnera ce régime de purgatifs salins, à prendre tous les jours ou tous les deux jours.

Il ne faut pas perdre de vue que ces malades s'alimentent souvent insuffisamment, par crainte des souffrances que provoque le travail digestif : il faut alors augmenter la quantité des aliments, car la cachexie exagère leur état morbide.

Sur la proposition de M. Josias, *la discussion du travail de M. Mathieu est renvoyée à la prochaine séance.*

M. Le Gendre donne lecture de son rapport sur *le traitement des urémies*. Le mot d'urémie peut être considéré comme peu heureusement choisi, mais on l'a conservé, bien qu'il paraisse attribuer à l'urée, substance inoffensive, la cause des accidents observés : l'orateur s'est rangé à l'opinion

de Huchard, en parlant *des urémies*, car la pluralité des formes cliniques est évidente et provient du fait que dans chaque cas prédomine tel ou tel poison destiné à l'élimination par le rein et retenu dans l'organisme (formes convulsives, comateuses, hyperthermiques, etc.). Les variétés cliniques correspondent aux poisons que M. le Pr Bouchard a décelés dans l'urine, et dont chacun exerce sur l'organisme une action déterminée.

Les causes des urémies sont tout aussi variées que les phénomènes observés : la thérapeutique varie avec elles et ne devient uniforme que dans la période ultime, alors que le rein est tout à fait fermé.

Toutes les substances chimiques qui s'éliminent par les urines ont été tour à tour incriminées comme constituant les facteurs étiologiques de la maladie : les recherches de Bouchard ont démontré que tous les poisons de l'urine jouent un rôle dans l'urémie, mais qu'aucun de ces poisons suffit, à lui seul, pour provoquer un accès. L'empoisonnement est toujours de nature complexe : il y a donc *des urémies*, aboutissant, à la dernière période, à un empoisonnement par *tous* les poisons de l'urine. Il est possible que dans les petites urémies prémonitoires du début, l'action d'un seul poison se manifeste.

Le rein ne peut être rendu insuffisant (l'anurie calculeuse exceptée), que par une sorte de coup d'œdème congestif, car tous les glomérules ne sont pas détruits et les toxines peuvent exercer une action aiguë ou lente, suivant que la néphrite est aiguë ou chronique.

Au point de vue thérapeutique, il faut en premier lieu songer à restreindre ou à détruire les poisons urinaires. On les restreindra par l'alimentation, le régime lacté surtout, qui ne dépassera pas 3 litres de lait en vingt-quatre heures. Il est préférable de donner le lait écrémé, mais même dans ce cas il est parfois refusé ou mal digéré : si donc on se voit forcé de ne pas recourir au régime lacté exclusif, il ne faudra sous aucun prétexte permettre l'usage de viandes, volailles, poissons, extraits et poudres de viande, bouillon.

On tiendra à des évacuations régulières, au moyen de purgatifs, de grands lavements. Sans pouvoir espérer détruire les microbes qui pullulent dans l'intestin on parviendra à diminuer leurs sécrétions au moyen de naphtol, de charbon, etc.

On s'adressera aux frictions, à l'hydrothérapie, à l'air comprimé pour activer la circulation sanguine : on excitera les fonctions du foie par l'administration d'un peu de sucre. La néphrine (méthode de Brown-Séquard) n'a pas encore donné de résultats probants. S'il existe de l'œdème congestif, on appliquera des sangsues : on aura, dans d'autres cas, recours aux boissons aqueuses abondantes, aux grands lavements, à l'entéroclyse, pour éliminer les toxines.

Pour suppléer à l'insuffisance rénale, les diaphorétiques et les purgatifs ne font éliminer que de minimes quantités de toxines : ils déshydratent en outre le sang et diminuent les urines. Il ne faut donc y recourir que dans les cas où l'on s'est d'abord adressé sans succès aux diurétiques. Les drastiques produiront de l'antisepsie intestinale : si on donne en même temps des boissons abondantes, on évitera la déshydration du sang.

La saignée reste un excellent moyen de se débarrasser des toxines, dans les cas aigus, dans l'éclampsie, etc. : elle sera de préférence de 300 grammes environ : on peut aussi procéder aux injections de sérum artificiel et enfin recourir à la méthode de la désintoxication du sang, préconisée par Barré (1).

La dyspnée aiguë sera combattue par la saignée, les ventouses, la trinitrine, la morphine : la dyspnée chronique est justiciable de la morphine. La digitale sera indiquée dans les cas de dyspnée cardiaque.

Les accidents gastro-intestinaux exigent l'emploi de la créosote, de l'eau oxygénée, de l'acide lactique. S'il existe des fermentations exagérées, on prescrira l'eau chloréé ou l'acide benzoïque.

La discussion de ce rapport viendra à la prochaine séance.

(1) Voir cette *Revue*, pages 323 et 419 (1896).

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Les indications et les contre-indications du traitement de l'alcoolisme par la strychnine, par COMBEMALE. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 39, p. 457, 1897.)—La strychnine est un médicament d'une efficacité incontestable contre les manifestations de l'alcoolisme. Sous l'influence du traitement par la strychnine les cauchemars, l'insomnie relative disparaîtront, les trémulations des extrémités diminueront, l'exagération du réflexe et la douleur à la pression des masses musculaires s'effaceront. Il y aura plus : l'appétit reviendra, la mise en train pour le travail physique ou psychique sera moins pénible.

L'indication capitale du traitement se trouve dans la période de l'alcoolisme sans épisodes aigus. Mais s'il y a épisode aigu, surtout s'il vient de se produire un accès de delirium tremens, Combemale est d'avis de ne pas attendre et d'injecter de suite la strychnine.

Il y a toutefois des cas cliniques où la strychnine ne peut pas être employée pour combattre l'alcoolisme, sous peine d'ajouter une intoxication aiguë nouvelle à l'intoxication chronique que l'on combat; c'est quand il existe chez l'alcoolique des altérations viscérales trop profondes. A un médicament aussi puissant que la strychnine, mais s'éliminant lentement par les urines, par la salive, par la bile, il faut des organes intacts pour que l'accumulation ne se produise pas rapidement avec le cortège d'accidents qui accompagnent sa rétention dans l'économie. Si l'on constate chez l'alcoolisé des symptômes de cirrhose, de néphrite, il faut se garder d'employer la strychnine. Lorsque les organes paraissent intacts on emploiera les injections sous-cutanées de strychnine à raison de 2 à 5 milligrammes par jour, pendant quinze jours de suite.

G. LYON.

Nature et traitement de l'obésité. (*Therap. Monatshefte*, avril-mai 1897.) — ŒRTEL vient de publier un travail important sur cette question qui le préoccupe depuis bien des années. Il est donc fort intéressant de savoir quelle est l'opinion de cet auteur sur le traitement médicamenteux de l'obésité, qui est entré dans une phase nouvelle depuis quelque temps : nous retiendrons en conséquence, dans le travail de l'auteur, ce qui a trait plus spécialement à la médication nouvelle.

L'absorption de préparations thyroïdiennes provoquant une déshydratation souvent intense, correspond à une des indications considérées par Œrtel comme capitales, mais la déperdition exagérée des albuminoïdes et les troubles cardiaques se présentent plus rapidement chez les obèses soumis à un entraînement musculaire méthodique que chez ceux qui ne suivent pas de traitement de ce genre; on ne peut donc satisfaire qu'insuffisamment à l'indication de tonifier la fibre cardiaque, considérée par Œrtel comme primordiale.

L'administration des préparations en question est par conséquent surtout possible dans les cas de *pléthore*, avec cœur normal; mais on constate, d'un autre côté, que la glande thyroïde n'a que peu d'action sur le tissu adipeux des obèses de cette catégorie. Il faudra donc prescrire aux obèses pléthoriques un régime dans lequel les graisses et hydrocarbures seront diminués.

Dans l'*obésité anémique et hydrémique*, il y a abaissement des oxydations, faiblesse de la fibre cardiaque : la déshydratation par les préparations thyroïdiennes, et l'exagération des oxydations que ces préparations provoquent peuvent mener l'organisme à un état d'épuisement dont il faut craindre à chaque instant l'apparition. On se gardera donc de diminuer les graisses et hydro-carbures, et l'on ne recourra pas au traitement diététique et mécanique de l'auteur pendant le traitement thyroïdien. On commencera par obtenir un amaigrissement modéré par action médicamenteuse, puis on abandonnera la glande thyroïde et l'on s'adressera au traitement mécanique pendant plusieurs mois.

E. VOGT.

De l'action du nitrate de cobalt dans les intoxications par les combinaisons cyanhydriques. (*Vestruk medicin*, n° 3, 1897.) — Mossa-Schvilli a fait des expériences à ce sujet et est arrivé à cette conclusion que si le nitrate de cobalt reste inefficace dans les intoxications par l'acide cyanhydrique, il peut rendre de grands services dans les intoxications par le cyanate de potasse. L'auteur considère cette action du nitrate de cobalt comme purement chimique, car en faisant agir *in vitro* l'acide cyanhydrique sur les sels de cobalt on obtient des sels doubles non toxiques.

B. Taft.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Valeur thérapeutique de la lactophénine dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1897.) — Les observations de Likoudy prises à la clinique du Pr Pasternatzky ont été faites sur soixante typhiques dont l'âge variait de 13 à 14 ans; la grande majorité des malades sont entrés à l'hôpital les cinquième et huitième jours de la maladie. La lactophénine — poudre cristallisée sans odeur et presque sans goût, soluble dans l'eau et l'alcool — était administrée le plus souvent à jeun, dans du lait, à des doses qui variaient de 50 centigrammes à 8 grammes en vingt-quatre heures (50 centigrammes à 1 gramme en une seule fois). Avant et après l'administration du médicament, on déterminait chez chaque malade la température, le pouls, la respiration et la pression sanguine.

Pour pouvoir mieux juger la valeur thérapeutique du médicament, on a soumis un nombre de malades presque égal (cinquante-cinq) au traitement par des bains (28°) prolongés pendant quinze minutes.

La durée moyenne de la maladie chez ceux qui étaient traités par la lactophénine, était de vingt-cinq jours et chez ceux qui étaient traités par des bains de vingt-trois jours et demi. Mais en revanche, les forces des malades se rétablissaient bien plus vite chez les premiers.

L'auteur a cru intéressant de noter les variations des quantités d'urine émises en vingt-quatre heures, survenant sous l'influence de la lactophénine (on sait que la quantité d'urine diminue sous l'influence de tous les autres antithermiques). Il a constaté que la quantité d'urine non seulement ne diminue pas mais augmente encore sous l'influence de la lactophénine, de sorte qu'il faut reconnaître à ce médicament une certaine influence sur les fonctions rénales quoiqu'on n'ait pu noter aucune action fâcheuse sur le tissu rénal. Du moins, quant à l'albumine on en trouvait un peu plus rarement que dans le traitement par des bains.

En ce qui concerne l'action de la lactophénine sur les organes digestifs, on n'a non plus noté aucune action fâcheuse de ce côté : l'appétit non seulement ne disparaît pas, mais est même augmenté, de sorte qu'on a pu noter après deux à quatre jours d'administration du médicament la sensation de la faim. On n'a constaté ni ballonnement du ventre ni douleurs épigastriques; il y a eu des vomissements, mais ils ne semblaient pas avoir été provoqués par la lactophénine. Les selles normales étaient bien plus fréquentes que dans le traitement par les bains. Les modifications du pouls et de la respiration étaient en concordance parfaite avec la marche de la température : avec l'abaissement de cette dernière, il se produisait le ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires; la pression sanguine augmentait généralement, mais cette augmentation ne persistait pas. L'abaissement de la température se faisait assez rapidement et, trois heures environ après l'administration du médicament, il atteignait son maximum (0,8° à 3°8). Cet abaissement était suivi d'une nouvelle élévation accompagnée d'un léger frisson. La céphalée diminuait notablement et parfois disparaissait même complètement. L'abaissement de la température s'accompagnait généralement de sudation mais les sueurs profuses étaient rares.

D'une façon générale, la lactophénine agit d'une façon excellente sur le système nerveux : trente à quarante-cinq minutes après l'administration de 1 gramme de lactophénine, le délire et l'excitation diminuent et le malade s'endort pour quelque temps; à son réveil, il se sent bien mieux.

Quant aux complications, elles sont plus rares dans le traitement par la lactophénine (5 0/0) que dans le traitement par les bains (14,5 0/0). On a noté dans quatre cas de l'ictère que l'auteur considère, d'accord en cela avec Koell, Straus et d'autres comme étant le résultat de l'action des produits de composition de la lactophénine sur les globules sanguins.

En se basant sur tous ces faits, l'auteur arrive à cette conclusion que la lactophénine, comme antithermique, mérite d'attirer toute l'attention des médecins. Si l'abaissement de la température qu'elle produit n'est pas aussi prononcé que celui que déterminent les autres antithermiques,

il n'y a en revanche ni sueurs profuses ni diminution des forces cardiaques. La lactophénine se recommande par une autre propriété importante que nous avons déjà signalée plus haut : elle ne provoque pas de troubles digestifs.

B. Taft.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Du redressement brusque des gibbosités pottiques, par Monod. (*Académie de médecine*, 8 juin 1897.) — A l'occasion des travaux de MM. Calot et Ménard, M. Ch. Monod a lu un rapport aux termes duquel il déclare que les gibbosités datant de quatre ans au moins et au delà, ou en général toutes les bosses anciennes doivent être respectées, surtout si l'écartement produit pour les redresser doit être tel que la réparation soit matériellement impossible. Il admet au contraire le redressement brusque pour les bosses âgées de moins d'un an. On n'aurait pas à craindre ici les accidents signalés dans les expériences et qui ne peuvent manquer de venir se mêler aux cas heureux. M. Péan a cependant fait disparaître par le redressement brusque une paraplégie datant de deux ans chez une jeune fille. Il admet donc que les accidents graves liés à l'existence d'une gibbosité sont une indication du nouveau traitement. M. Berger rappelle cependant que les paraplégies pottiques disparaissent souvent spontanément. Ce fait est d'ailleurs de notion courante et il s'explique bien par l'évolution des lésions rachidiennes. En outre, ainsi que le fait observer M. Le Dentu, le redressement serait sans action si la paraplégie était due, non à la compression médullaire mais à la pachyméningite.

Aug. Benoit.

Traitement du mal de Pott chez l'adulte, par N. Gibney (de New-York). (In *Medical News*, 1897, n° 8.) — Par une longue série de cas, le Pr Gibney établit que chez l'adulte, le meilleur traitement est celui qui réunit les trois conditions suivantes, fort simples à réaliser : immobiliser la colonne vertébrale, empêcher la difformité de s'accroître, prescrire l'exercice et la vie au grand air dans la plus large mesure possible. Les deux premiers points sont obtenus par les corsets plâtrés qu'il applique le sujet étant suspendu. Ceux-ci sont remplacés plus tard par des corsets de bois et plus tard des corsets ordinaires, qu'il faut surveiller et bien adapter aux sujets. En dehors des accidents paraplégiques et des abcès, les malades peuvent marcher. Les corsets mobiles peuvent à la fin être enlevés pour la nuit. Un de ses malades put même se livrer à la bicyclette muni de son corset.

Aug. Benoit.

Discussion sur le traitement de la coxalgie. (*Société de chirurgie*, 2 juin 1897.) — On est généralement d'accord sur les grandes lignes du traitement : *immobilisation* indispensable, éviter les résections qui donnent de piètres résultats. Faire un traitement conservateur, grâce au curetage intégral des articulations abcédées. Le désaccord commence sur le choix de l'appareil dans les coxalgies sans abcès. M. Kirmisson, M. Brun opinent pour l'*appareil plâtré* qui permet la marche avec des béquilles. Le dernier de ces chirurgiens réserve l'extension continue aux cas où les douleurs sont intenses. L'extension est le meilleur moyen de les calmer. Il faut surélever la semelle de la chaussure du membre sain, pour empêcher le membre malade de porter sur le sol. M. Broca et M. Quénu sont partisans décidés de l'appareil de Lannelongue, qui réalise l'extension continue en permettant la surveillance de l'articulation ainsi que les soins de propreté, même s'il y a des abcès à panser. Faut-il faire le *redressement brusque* des attitudes vicieuses? Tel est l'avis général, contre l'opinion de M. Kirmisson. On observe autant de généralisations tuberculeuses chez les malades qui ne l'ont pas subi que chez les autres. M. Regnier appelle l'attention sur l'influence que doit avoir le milieu social et climatérique sur le choix d'un appareil. S'agit-il d'un malade riche que l'on veut faire promener? Il estime que la gouttière de Bonnet est alors le meilleur appareil à employer, celui de Lannelongue manquant de commodité à ce point de vue.

Aug. Benoit.

Diagnostic de l'ostéomyélite et de l'ostéosarcome avec une forme spéciale de panpériostite du fémur, par Schwartz. (*Journal des Praticiens*, 29 mai 1897.) — Curieuse observation concernant un jeune sujet de 19 ans, fortement constitué, avec antécédents simplement rhumatismaux. La cuisse et le genou droits avaient depuis quelques mois considérablement augmenté de volume; l'affection avait débuté par la raideur du genou. A l'examen on constatait la prise légère des articulations du genou et de la hanche, avec augmentation considérable de toute la cuisse droite, surtout vers sa racine. Pas de ganglions, pas de fièvre. La lenteur de l'évolution, l'absence de réaction générale, la forme du mem-

bre et la circulation collatérale, très visible au creux poplité, étaient autant de signes en faveur de l'*ostéosarcome*. D'autre part, les troubles articulaires, le siège maximum aux épiphyses, l'âge du sujet permettaient de songer à une ostéopériostite évoluant d'une manière spéciale. Le chirurgien se décida à attendre une indication plus précise, vu la gravité des conséquences opératoires. Après deux mois d'observation, il se manifesta à l'extrémité supérieure de la cuisse, en arrière du grand trochanter, un foyer fluctuant qui fut traité par l'incision large. Celle-ci permit de constater l'existence d'une nappe séropurulente infiltrant tous les tissus autour du périoste fémoral, atteint dans les deux tiers de sa longueur. Celui-ci incisé, l'os se montra à peu près sain. Les lavages et le drainage amenèrent une rapide guérison totale. Malheureusement, le pus ne fut pas examiné. On ne peut donc que croire à une forme spéciale d'inflammation ou *panpériostite* due à un microbe pyogène peu virulent, distincte de la *périostite albumineuse* de Gosselin, d'Ollier, puisqu'elle avait gagné tous les tissus périphériques, et dont la nature pouvait être rhumatismale, puisque le malade avait eu du rhumatisme articulaire (périostite rhumatismale totale, rhumatisme infectieux). Quoi qu'il en fût, l'incision suivie de drainage, avec injections de naphtol camphré, permit d'arriver à la guérison complète.

AUG. BENOIT.

Tumeurs du sein chez l'homme, par NATHAN JACOBSON (de New-York). (In *Med. News*, 1897, n° 5.) — Trois cas d'opérations pour des tumeurs du sein chez l'homme; l'extraction fut toujours faite avec une grande quantité d'aponévroses et de tissus musculaires adhérents, ainsi que les glandes axillaires engorgées. Pour le premier cas, un *épithéliome*, la survie fut de deux ans et trois mois; pour le deuxième, un *sarcome*, de quatre années. Enfin la guérison complète suivit l'ablation de la troisième tumeur, qui était un fibro-adénome. A ce propos, l'auteur se livre à une étude des particularités des tumeurs masculines du sein. Pour Schuchardt, dans les deux sexes, elles forment une proportion de 15 0/0 des tumeurs observées sur le corps humain. D'après 469 cas de tumeurs que cet auteur a pu réunir chez l'homme, celui-ci n'entre que pour 1 0/0 dans le chiffre précité. Les femmes y sont donc cent fois plus sujettes. Au sein, on le sait, les tumeurs malignes sont beaucoup plus fréquentes que les tumeurs bénignes (81,7 0/0 contre 18,3 0/0). Williams trouve 16 cancers chez l'homme contre 1,863 chez la femme. Il a noté 3 sarcomes masculins contre 92 féminins; les myxomes se rencontrent deux fois de part et d'autre. Le fibro-adénome une seule fois chez l'homme, contre trois cent soixante-douze fois chez la femme; les cystomes une fois chez l'homme, soixante-trois fois chez la femme. Billroth n'a jamais vu ou entendu rapporter de cas de fibrome, de cysto-sarcome ou d'adénome chez le mâle, mais il accuse 7 carcinomes, contre 245 chez la femme. Les cas de tumeur maligne chez le mâle survenant vers la trentaine sont la grande exception. Il ressort bien nettement de l'étude des cas que ces néoplasmes se développent en moyenne chez l'homme *plus tard* que chez la femme, rarement avant la cinquantième année. L'évolution est la même dans les deux sexes; mais il est à remarquer que la glande mammaire de l'homme étant plus réduite, la tumeur est aperçue plus tôt et le traitement opératoire se montre plus efficace. Souvent la tumeur se développe consécutivement à ces lésions eczémateuses que l'on nomme « Maladie de Paget ». Contrairement à l'opinion de Billroth, Kœnig dit que l'épithélioma est fréquent chez les hommes âgés. Un point sur lequel on s'accorde mieux consiste à reconnaître la rareté du fibro-adénome masculin et la plus grande fréquence du *sarcome* chez l'homme que chez la femme, ainsi que sa marche lente sur les sujets âgés. La thérapeutique ne doit pas ici varier; ces néoplasmes doivent être enlevés d'une manière aussi précoce que large.

AUG. BENOIT.

Traitement des rétrécissements du rectum, par M. SONNENBURG. (XXVIe *Congrès de la Société allemande de chirurgie*.) — Dans les rétrécissements non cancéreux, M. Sonnenberg pratique la rectotomie externe après résection du coccyx ou même du sacrum, comme dans le Kraske. Il se contente de fendre le rectum sur sa face postérieure au niveau du rétrécissement et de tamponner à la gaze iodoformée. La récidive ne serait pas à craindre. Pour les rétrécissements cancéreux, la voie abdomino-sacrée permet seule de décoller le péritoine et d'attirer en bas, avec les doigts introduits dans le rectum par un aide, la tumeur que l'on fait prolaber par l'anus. On en fait alors la section, suivie d'une suture circulaire entre les deux segments invaginés. Pour éviter les fistules sacrées, avoir soin de suturer les trajets, avant que la muqueuse soit venue en contact avec la peau (Kuster).

AUG. BENOIT.

Traitement opératoire de luxations irréductibles de l'épaule, récentes et anciennes, simples et compliquées. (*Amer. Surg. Ass.*, XVIIIe Congrès annuel tenu à Washington les

4-6 mai 1897 *Medical News*, 8 mai 1897.) — M. Souchon (de la Nouvelle-Orléans) base son étude sur 140 opérations de luxations de l'épaule.

Toutes les luxations irréductibles récentes, simples ou compliquées de fractures, opérées par résection ou réduction, ont donné des résultats excellents, sauf dans un cas où le malade est mort à la suite d'une complication et du choc.

Luxations en avant (irréductibles) *anciennes et simples :* 56 cas; opérés par résection à travers une incision antérieure. Dans la résection, de grandes précautions sont nécessaires pour éviter la lésion des vaisseaux, complication redoutable. L'incision antérieure est la voie d'élection dans les luxations en avant, la voie axillaire et l'incision postérieure sont peu recommandables.

Luxations en avant (irréductibles) *anciennes et simples :* 33 cas. Opération, arthrotomie et réduction.

Les phénomènes d'infection étaient passibles autrefois d'accidents nombreux dans la réduction, ces accidents ne sont plus à craindre. Le désavantage de la réduction est le risque de la nécrose, exigeant plus tard les séquestrotomies et la résection. La nécrose vient plus probablement des dissections plus étendues et de la surface dénudée de la tête et du col chirurgical, cette dénudation est beaucoup plus large dans la réduction que dans la résection simple de la tête humérale.

Les avantages de la réduction sont : conservation de la tête et des mouvements qui en dépendent, mais il faut compter avec des suites nécrotiques, et l'ankylose consécutive n'est pas exceptionnelle. Elle ne doit pas être entreprise à moins qu'elle puisse être pratiquée sans dissections très étendues. La durée de la luxation présente peu d'importance, c'est l'état de la région qui doit décider l'opération.

Luxations en bas (irréductibles) *anciennes :* Quatre opérations. Traitées par l'incision axillaire avec résection, c'est-à-dire, l'ablation de la tête fracturée, trouvée dans la cavité axillaire. Les suites ont été bonnes. Dans un cas la tête a été fixée en arrière et la réduction pratiquée avec succès. Une luxation en bas (de Desprès) a été traitée par ostéoclasie, mais l'opération a échoué, la fausse articulation ne se formant pas.

Luxations en arrière (irréductibles) *anciennes :* Deux résections sur l'adulte, résultats ordinaires.

Luxations congénitales (irréductibles) en arrière, anciennes, ont été opérées plusieurs fois par réduction; un malade est mort, un autre a dû subir la séquestrotomie consécutive avec guérison éventuelle. Deux résections pratiquées dans les mêmes conditions ont donné de bons résultats. L'auteur traite aussi des luxations irréductibles anciennes de l'enfance et de l'adulte, des luxations symétriques (des deux épaules), des luxations irréductibles anciennes d'origine pathologique et paralytique.

L'étude des formes et des variations s'ensuivant des complications des luxations anciennes irréductibles, et les altérations dues aux récidives et aux suites opératoires des luxations simples compliquées ou anciennes terminent cette communication.

M. Duncan.

Des opérations dans la cavité buccale. (*Société médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg*, 25 mars 1897.) — Le Pr Veliaminoff rappelle que pour les opérations dans la cavité buccale et l'espace naso-pharyngien il existe un obstacle depuis longtemps connu : c'est la pénétration du sang dans les voies respiratoires.

On a proposé, pour remédier à cet état de choses, différentes opérations : la trachéotomie avec tamponnement préalable du larynx, la trachéotomie d'après les procédés de Trendelenburg ou de Mikael, la ligature préalable de la carotide, etc.

Dans ces derniers temps, Veliaminoff a eu l'occasion d'intervenir dix fois dans les régions susindiquées sans recourir à aucune opération préalable, et se servant simplement de la position conseillée par Rose (de Zurich). Cette expérience lui a montré que la position de Rose, si l'on ne s'en sert que juste le temps nécessaire, est inappréciable. La ligature préalable des vaisseaux (et encore celle de la carotide externe seule), la trachéotomie préalable d'après Trendelenburg ne doivent être pratiquées que dans des conditions exceptionnelles. Il ne faudra pas oublier que la trachéotomie est une lésion qui est loin d'être anodine, comportant la pénétration dans les voies respiratoires d'un air froid et contaminé; d'autre part, il peut se produire des complications du côté des bronches, de la trachée, etc.

Ivanoff est d'accord avec Veliaminoff en ce qui concerne l'inutilité des opérations préalables dans la résection du maxillaire supérieur. Il ajoute que la ligature préalable unilatérale de la carotide ne diminue nullement l'hémorragie, car la circulation latérale se rétablit rapidement. Quant à la ligature double des carotides externes, elle peut réellement diminuer l'hémorragie, mais cette ligature est tellement compliquée qu'elle demande parfois plus de temps que l'opération principale.

B. Taft.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement des palpitations, par HUCHARD. (*Journal des Praticiens*, n° 18, p. 276, 1897.) — Au point de vue thérapeutique, Huchard distingue les palpitations suivant qu'elles sont traitées ou non traitées par les médicaments cardiaques.

Palpitations non traitées par les médicaments cardiaques.

S'il est un fait bien démontré c'est que les palpitations sont rarement l'indice d'une affection cardiaque. Habituellement elles sont d'origine toxique ou réflexe :

1° Lorsqu'elles sont d'origine toxiques (abus du thé, du café, du tabac ou médicamenteux), la suppression de la cause fait disparaître l'effet d'une manière assez rapide.

On a prétendu que les ferrugineux pouvaient par eux-mêmes produire des palpitations. Le fait est incontestable, mais le fer n'aboutit d'ordinaire à ce résultat que dans les cas où, par suite de son administration intempestive, comme dans la chlorose dyspeptique, il a produit ou accentué une gastropathie médicamenteuse.

Par conséquent les préparations ferrugineuses guérissent les palpitations des chlorotiques ou des anémiques à fonctionnement gastrique presque normal, et elles peuvent les provoquer et même les augmenter chez d'autres chlorotiques ou anémiques atteints de troubles dyspeptiques plus ou moins accusés. On ne saurait trop insister sur ce fait et répéter qu'il faut soigner la maladie stomacale d'abord, sans se préoccuper de l'état plus ou moins chlorotique ou anémique du sujet.

2° Les maladies de l'estomac et de l'intestin sont souvent la cause de palpitations et celles-ci sont d'autant plus rebelles que ces affections sont souvent latentes ou méconnues.

Si l'estomac plus ou moins troublé dans son fonctionnement peut retentir sur un cœur sain, à plus forte raison peut-il agir sur un cœur malade. La digitale en pareil cas peut devenir inactive et même nuisible jusqu'à produire ou augmenter les palpitations lorsqu'elles sont entretenues par un chimisme stomacal défectueux. En pareil cas, il faut supprimer la digitale et recourir promptement au traitement de la dyspepsie.

En somme, dans les cardiopathies ce ne sont pas toujours les médicaments cardiaques, les toniques ou sédatifs du cœur qui font les frais de la médication, et il faut savoir aussi s'adresser aux diverses causes des troubles fonctionnels de l'organe; or, les causes sont multiples : dyspepsie stomacale, affections de l'intestin, du foie, des voies biliaires, de l'utérus, du poumon, ectopie rénale, etc.

Palpitations traitées par la digitale et les médicaments cardiaques.

La digitale prescrite à petite dose (dix gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième tous les jours pendant cinq à six jours) réussit à calmer les symptômes d'éréthisme cardiaque. Il en est de même du stophantus (deux à quatre granules d'extrait de strophantus à 1 milligramme pendant six à huit jours). D'autres fois les bromures sont également indiqués, ainsi que le bromhydrate de quinine, en raison de l'action sédative que les sels de quinine exercent sur le cœur. On se trouve bien parfois de l'association de la digitale et du bromhydrate de quinine :

Bromhydrate de quinine.	4 grammes.
Poudre de digitale..... }	ãã 2 —
Extrait de convallaria... }	

Pour quarante pilules. Deux à quatre par jour.

G. LYON.

De la péricardite; diagnostic et traitement. (*Association of American Physicians*, XIIe Congrès annuel tenu à Washington, le 4-6 mai 1897. In *Medical News*, 8 mai 1897.) — M. SHATTUCK (de Boston) est d'avis que la péricardite est souvent ignorée pour plusieurs raisons :

1° Elle n'est pas recherchée ;

2° La péricardite sèche ou à épanchement léger ne donne pas lieu à des symptômes caractéristiques;

3° Elle est souvent masquée par des altérations pulmonaires et pleurales.

D'après son expérience la région de la matité n'est ni pyriforme, ni triangulaire, mais pareille à celle de l'hypertrophie cardiaque générale. M. Shattuck n'a jamais regretté d'avoir ponctionné le péricarde, il a quelquefois regretté de ne pas l'avoir fait.

Le point d'élection pour le ponctionnement est au niveau du cinquième espace gauche, de 3 à 5 centimètres à gauche du mamelon gauche. De sept paracentèses pratiqués les meilleurs résultats ont été obtenus à ce niveau : 500 grammes dans un cas, 2,874 grammes dans

un autre. En fait de traitement général, il n'y en a pas qui soit efficace, à part le repos. L'alcool est quelquefois utile, les vésicatoires sont contre-indiqués.

M. Whittaker. — Les symptômes sont très obscurs et souvent impossibles à reconnaître. Le bruit de frottement n'est que transitoire et difficile à démontrer. La tuberculose joue un rôle qui n'est pas négligeable. Les deux tiers des cas de péricardite reconnaissent la tuberculose pour cause.

M. Rotch. — La difficulté du diagnostic de l'épanchement péricardique est extrême. Il est presque impossible par les moyens ordinaires d'examen de distinguer entre la dilatation du cœur et la péricardite avec épanchement. Le risque de la paracentèse est accentué par la possibilité de déplacement du cœur à la suite de la formation d'adhérences. Dans la péricardite avec épanchement, de la matité se trouve dans le dos entre l'angle de l'omoplate et la colonne vertébrale.

M. Bridge a rencontré la dysphagie dans plusieurs cas.

M. Mac Phedran. — Il y a souvent confusion entre la myocardite et la péricardite. L'autopsie aurait probablement révélé à M. Shattuck que dans les cas où les fonctions ne ramenaient pas de liquide il s'agissait de myocardite plutôt que de péricardite.

M. Williams propose l'utilisation des rayons Rœntgen afin de jeter la lumière sur cette distinction difficile entre la dilatation du cœur et la péricardite.

M. Duncan.

Maladies du système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux.

Idiotie myxœdémateuse; traitement par l'ingestion de glande thyroïde de mouton, par Bourneville. (*Progrès médical*, 6 et 13 mars 1897.) — Deux jeunes enfants, atteintes d'idiotie myxœdémateuse, ont été améliorées par l'ingestion de glande thyroïde de mouton. Chez le premier sujet, période de traitement de cent soixante-six jours, à la dose quotidienne d'un demi-lobe, environ 962 milligrammes, de glande finement coupée et administrée dans du bouillon; amélioration notable. Suspension du traitement et réapparition progressive des symptômes myxœdémateux, physiques et psychiques. Nouvelle période de traitement de quatre-vingt-neuf jours. Modification de l'intelligence, de la physionomie, de la voix; l'enfant devient gaie et affectueuse. Pour le deuxième sujet, également deux périodes de traitement, avec réapparition des phénomènes morbides pendant sa suspension. Résultats satisfaisants.

R. Sémelaigne.

Cinq cas d'hystérectomie chez des aliénées, par Isabel M. Davenport. (*American Journal of Insanity*, avril 1897, n° 28.) — L'auteur donne l'observation de cinq aliénées atteintes de désordres pelviens paraissant être la cause excitante de la maladie, et chez lesquelles fut pratiquée l'hystérectomie. Comme résultat : une guérison, une amélioration et trois insuccès. Chez deux maniaques l'excitation s'exaspéra à la suite de l'opération.

R. Sémelaigne.

Suggestion hypnotique dans les troubles nerveux de la déglutition. (*Thérapeutique moderne russe*, n°s 4 et 5, 1897.) — Farengoltz rapporte un cas fort intéressant concernant une jeune fille de 21 ans chez laquelle la menstruation n'avait commencé qu'à l'âge de 17 ans. Les six premières menstruations se sont passées normalement, mais, à l'époque de la septième, elle ressentit une sensation de compression dans la poitrine et il lui fut impossible d'avaler. Cet état dura pendant quelques jours, jusqu'à la fin des règles. Depuis ce moment, les troubles de la déglutition se répétaient à chaque menstruation durant plusieurs jours et épuisaient tellement la malade que l'on était obligé de la nourrir avec des lavements nutritifs.

Tout ce qu'on fit pour supprimer ces troubles resta sans effet. On se décida alors à recourir à la suggestion. Le premier jour des règles, lorsque la déglutition devint impossible, on endormit la malade et on lui suggéra de prendre à son réveil un demi-verre de lait. A son réveil, la malade exécuta à la lettre ce qu'on lui avait suggéré, et depuis ce moment elle put avaler facilement. Aux menstruations suivantes, les troubles de la déglutition ne reparurent plus.

B. Taft.

Sur un cas de ligature de la carotide dans l'exophtalmie pulsatile traumatique. (*Wratsch*, n° 17, 1897.) — Schimanowsky rapporte un cas d'exophtalmie pulsatile survenue chez une femme de 52 ans six semaines après une chute à la renverse. A l'examen fait trois mois après l'accident, on constata : exophtalmie de l'œil gauche avec pulsations isochrones aux batt-

ments du cœur et déplacement de l'œil en dehors et en bas.

L'auteur pratiqua la ligature de la carotide gauche; pendant l'opération on coupa par mégarde une petite branche de la veine jugulaire. Immédiatement après la ligature, les pulsations disparurent dans l'orbite et l'exophtalmie diminua. Mais, une heure après, des pulsations faibles il est vrai, reparurent dans l'angle supérieur et interne et deux jours après, en changeant le pansement, on constata dans la plaie la présence d'une tumeur qui résultait probablement de l'hémorragie provenant de la veine coupée. L'état de l'œil continuait à s'améliorer; cependant, au bout de six semaines, l'exophtalmie redevint ce qu'elle avait été avant l'opération. Ultérieurement la tumeur sanguine du cou disparut et l'exophtalmie diminua quelque peu.

B. Taft.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Le dosage dans l'opération du strabisme et un procédé d'avancement musculaire, par Landolt. (*Archives d'ophtalmologie*, mai 1897.) — L'opération du strabisme doit consister essentiellement dans l'augmentation de la puissance des muscles affaiblis, antagonistes des muscles contracturés. La précision de l'opération ne saurait consister seulement dans le reculement plus ou moins étendu d'un muscle. La supériorité de l'avancement sur le reculement est donc incontestable.

En rapprochant le muscle aussi près que possible de la cornée, on a rarement besoin de la ténotomie de son antagoniste. Cette nécessité peut se présenter dans les strabismes extrêmes; mais l'auteur remet généralement cette opération à une époque où le traitement orthoptique a tiré tout le parti possible de l'avancement. Il se contente de l'avancement d'un seul muscle lorsqu'il n'y a qu'insuffisance et il pratique l'avancement des deux muscles congénères lorsqu'il y a strabisme faible ou moyen, en y joignant la résection de l'extrémité tendineuse du muscle lorsque le strabisme est de degré élevé. — Le dosage exact pendant l'opération est illusoire; mais après l'opération, la nature aide puissamment à l'action curative et au dosage définitif par les associations, innées chez l'individu, entre les mouvements des yeux et l'accommodation, par la tendance à la fusion des images maculaires, etc..., atropine, occlusion, verres convexes, abstention de tout travail visuel pour augmenter l'effet d'une opération dirigée contre le strabisme convergent ou pour diminuer celui d'une opération de strabisme divergent; appels à l'accommodation, exercices de convergence pour l'effet inverse.

Par-dessus tout, on doit tendre au rétablissement de la vision binoculaire par des exercices stéréoscopiques et orthoptiques. C'est la vision binoculaire, fonction pour laquelle les deux yeux sont associés qui parfait en dernier ressort l'œuvre du chirurgien.

Kopff.

Antisepsie préopératoire de la conjonctive. — (*Congrès français d'ophtalmologie*, mai 1897.) — M. Kalt. — Beaucoup des antiseptiques usités provoquent une certaine irritation de la conjonctive. Aussi se contente-t-on souvent de laver la conjonctive avec de l'eau stérilisée après avoir désinfecté les bords ciliaires.

L'auteur donne une statistique de sa pratique dans laquelle il a comparé les résultats postopératoires obtenus avec lavages conjonctivaux ou sans lavages, mais toujours avec désinfection du bord ciliaire. Il en résulte que les lavages, bien que ne désinfectant pas rigoureusement la conjonctive, présentent des avantages incontestables et qu'il convient de ne pas négliger.

Kopff.

Les injections sous-conjonctivales de cocaïne en oculistique opératoire, par Santos-Fernandez (de la Havane). (*Annales d'oculistique*, avril 1897.) — L'action analgésique de la cocaïne sur la conjonctive et la cornée a été exposée par Koller au congrès d'Heidelberg. Depuis, elle a rendu des services signalés comme anesthésique local et comme telle, son action a surtout été étudiée et utilisée par M. Reclus.

L'auteur traite de quelques particularités de son emploi dans certaines opérations oculaires (énucléation, strabotomie, avancement musculo-capsulaire) et il indique d'après les résultats obtenus dans 47 interventions chirurgicales de ce genre, les limites de l'application des injections sous-conjonctivales de cocaïne.

Il conclut : que les injections à la dose de 2 à 4 centigrammes permettent de faire dans un grand nombre de cas des opérations telles que l'énucléation du globe, l'avancement capsulaire, la strabotomie, sans que le malade ressente la douleur (solution à 1 0/0) et que des doses de 5 à 10 centigrammes produiront l'analgésie pour tous les cas.

Kopff.

De l'eau oxygénée en thérapeutique oculaire. (*Congrès français d'ophtalmologie*, mai 1897.) — M. Vacher (d'Orléans). — J'ai déjà fait connaître quelques-unes des applications de l'eau oxygénée en thérapeutique oculaire. C'est un antiputride puissant, un antiseptique de premier ordre, un hémostatique précieux et qui n'est pas toxique. On peut l'employer jusqu'à vingt volumes sans inconvénients. Son action est toujours identique, mais d'autant plus forte et plus rapide que son titre est plus élevé. Je m'en sers dans un grand nombre d'affections oculaires : pour assurer l'asepsie du sol ciliaire avant les opérations, dans les blépharites ulcéreuses, les conjonctivites purulentes et granuleuses, en frictions et irrigations sous-palpébrales ; dans les abcès du sac, employée à six volumes, en irrigations. Comme elle n'attaque pas l'épithélium cornéen, elle est précieuse pour révéler la moindre éraillure de la cornée, le plus petit corps étranger. Il s'y forme immédiatement une petite tache blanche due à la mise en liberté d'un peu d'oxygène. Elle est précieuse pour déterger un ulcère avec hypopion. Introduite à trois ou quatre volumes dans la chambre antérieure, elle arrête les hémorragies iriennes, modifie les sécrétions de l'iritis. Après une opération de cataracte, s'il y a un retard de cicatrisation, un début de suppuration du lambeau, des applications d'eau oxygénée à cinq ou six volumes, jusque dans la chambre antérieure, favorisent la cicatrisation et arrêtent la suppuration.

Kopff.

Solutions concentrées de permanganate de potasse dans le traitement de l'ophtalmie purulente chez le nouveau-né et chez l'adulte. (*Congrès français d'ophtalmologie*, mai 1897.) — M. Vian (de Toulon). — L'auteur emploie les solutions concentrées et cite à l'appui les résultats favorables qu'il a obtenus dans un certain nombre de cas, dont un d'ophtalmie blennorragique grave. Dans les cas de gravité moyenne, il badigeonne une fois par jour la conjonctive avec une solution de permanganate de potasse à 1/10 et, dans les cas graves, il pratique les cautérisations avec la même solution et y ajoute des lavages au 1/2000 et des cataplasmes de fécule renouvelés d'heure en heure.

Kopff.

Altérations cornéennes dans la diphtérie de l'œil et traitement local par le sérum. (*Congrès français d'ophtalmologie*, mai 1897.) — M. Coppez fils (de Bruxelles). — La nécrose de la cornée dans la diphtérie oculaire ne se produit pas par l'étranglement, mais par l'action de la toxine diphtérique qui s'infiltre dans la cornée par les voies lymphatiques lorqu'il y a ulcération, ou par absorption à travers l'épithélium.

Le sérum antidiphtérique peut agir localement sur la conjonctive et la cornée, lorsqu'un œil est atteint et l'autre menacé, par l'analogie avec l'action du sérum anti-abrique contre les effets de l'abrine.

M. Morax. — Il y a avantage dans les cas de conjonctivite diphtérique avec lésions cornéennes, à essayer, surtout lorsqu'on est appelé tardivement, l'injection sous-conjonctivale, pour obtenir une action rapide ; mais, en général, il est préférable de se contenter d'une injection sous-cutanée précoce.

Kopff.

De l'action de l'ésérine dans les kératites suppurées. (*Journal d'ophtalmologie russe*, nos 3 et 4, 1897.) — En se basant sur ses observations recueillies pendant ces quatorze dernières années, Rosoff affirme que l'ésérine est un des meilleurs moyens dans le traitement des kératites suppurées graves qui se développent, par exemple, dans la gonorrhée, la conjonctivite membraneuse ou le trachome inflammatoire. Il procède de la façon suivante. Au début de l'affection cornéenne, il instille dans l'œil une solution d'ésérine à 1 ou 1 1/2 0/0, deux ou trois fois par jour ; ces instillations se font tous les jours. S'il y a tendance à l'iritis, il instille tous les cinq jours une solution d'atropine à 2 0/0 ; les autres jours, instillations d'ésérine. S'il y a de la conjonctivite, il la combat par des moyens appropriés.

Les kératites suppurées autres que d'origine conjonctivale, la kératite spécifique par exemple, cèdent également aux instillations d'ésérine. En outre, Rosoff croit utile de recourir à l'ésérine au début de la conjonctivite suraiguë dans le but de prévenir le développement de la kératite suppurée : dans ce cas la kératite ne se développe pas du tout ou bien survient plus tard et est moins grave.

B. Taft.

Kératite parenchymateuse récidivante d'origine utérine. (*Congrès français d'ophtalmologie*, mai 1897.) — M. Kœnig. — L'auteur apporte l'observation d'une jeune femme qui, pendant un an et demi, avait à chaque époque menstruelle des troubles visuels monoculaires, caractérisés par un infiltration parenchymateuse de la cornée analogue à celle de la kératite interstitielle.

Cette infiltration commençait huit jours avant les règles et disparaissait ensuite. Deux fois seulement la nutrition de la cornée fut compromise et l'infiltration dura un mois. Cette obser-

vation montre bien la relation qui existe entre la menstruation et les manifestations oculaires.

La kératite dont il s'agit peut avoir deux origines : l'une infectieuse par les voies génitales. et l'autre diathésique (diathèse réveillée par des troubles menstruels). Chez cette malade, il s'est agi d'une auto-infection d'origine génitale et le traitement a consisté en injections antiseptiques de la cavité vaginale.

Cette forme de kératite se distingue de la kératite interstitielle par une réaction inflammatoire qui n'existe pas dans la seconde, dont l'évolution est le plus souvent torpide.

KOPFF.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement de l'acné. (*Therap. Wochenschrift*, 9 mai 1897.) — EHRMANN (de Vienne)) admet que pour que l'acné se produise, une auto-infection d'origine intestinale doit se combiner à une influence extérieure (bactérienne). Le traitement doit donc s'efforcer de modifier avant tout l'état pathologique de l'intestin : on excitera les mouvements péristaltiques par le massage, par l'administration de cascara sagrada, de menthol, d'ichtyol, de fer quand la chlorose est en jeu.

Le traitement local doit chercher à empêcher que la sécrétion épaissie n'obstrue l'orifice des glandes sébacées, et à obtenir une désinfection sans cautérisation de la surface cutanée. On obtient ce double résultat par l'emploi de la pommade suivante :

Résorcine.....	3	grammes.
Lanoline.....	15	—
Onguent simple.....	5	—

Usage externe. A appliquer pendant quinze minutes environ. Entre chaque application, savonnages non irritants.

E. VOGT.

L'acide picrique dans les brûlures. (*Wratsch*, nº 18, 1897.) — SILA-NOWITSKY a employé l'acide picrique chez trente-deux enfants dont chez quinze les brûlures étaient légères. L'acide picrique était employé en solution suivante :

Acide picrique.....	2	gr. 50
Alcool.....	50	grammes.
Eau distillée.....	500	—

Les résultats obtenus ont été très satisfaisants. La cicatrisation complète s'obtenait le quatrième ou le sixième jour. On ne changeait pas le pansement à moins de conditions particulières. Dans la majorité des cas, on a noté la diminution des douleurs ; dans d'autres cas, au contraire, les enfants se plaignaient de douleurs après l'application du pansement. Dans un cas même on fut obligé de suspendre le traitement. Dans cinq cas de brûlures assez étendues on a changé le pansement cinq à six fois avec un intervalle variant de trois à cinq jours. Dans ces derniers cas, on observait une sécrétion purulente assez abondante ; toutefois même ici la guérison survenait plus vite qu'avec le traitement par l'acide borique.

B. TAFT.

Traitement des brûlures aux deuxième et troisième degrés par le thioforme. (*Genedelink*, nº 9, 1897.) — RADTSCHEWTISCH a employé le thioforme dans 103 cas de brûlure aux deuxième et troisième degrés.

Voici de quelle façon il procédait. Sur des brûlures fraîches, il appliquait pendant vingt-quatre heures des compresses souvent renouvelées, trempées dans une solution saturée de salpêtre. Le lendemain, on saupoudrait la plaie d'une épaisse couche de thioforme ; si elle s'imprégnait, on en ajoutait une nouvelle quantité jusqu'à la formation d'une croûte assez résistante, ce qui se produisait au bout de deux à quatre jours. Il n'est point nécessaire de recouvrir la couche de thioforme avec de la gaze stérilisée. Ordinairement, au bout de quelques jours, il se forme une bonne cicatrice ; alors, après avoir enduit la croûte d'une huile quelconque, on l'enlève sans difficulté. Le malade n'a plus besoin de se soigner, ce qui évidemment a une énorme importance pour un ouvrier. Dans un certain nombre de cas, la croûte se casse, ce qui provoque une hémorragie peu considérable qu'on arrête facilement par un nouveau saupoudrement. L'auteur n'a observé la moindre action fâcheuse du thioforme, l'état général s'améliorait, la température tombait deux ou trois jours après le commencement du traitement. La guérison survenait plus rapidement avec le thioforme qu'avec d'autres substances : ainsi l'acide picrique est, d'après l'auteur, inférieur au thioforme,

B. TAFT.

Traitement des ulcères, des granulations et du cancer par l'alun. (*Wratsch*, nº 17, 1897. — PASCHKEWITSCH fait rougir au feu des cristaux d'alun ordinaires jusqu'à ce qu'ils se transforment en une poudre sans goût très hygroscopique. Cette poudre doit être conservée dans un

flacon avec bouchon assorti et de temps en temps doit être soumise à la même opération.

L'auteur a employé cette poudre à la place des cautérisants habituels dans les ulcères et, en ayant obtenu de bons résultats, eut l'idée de l'appliquer dans le cancer de l'utérus.

Des observations nombreuses, recueillies pendant sept ans, lui ont montré que la poudre d'alun est le meilleur moyen pharmaceutique dans le traitement du cancer de l'utérus. Sous l'influence de cette poudre, la sécrétion s'améliore : dès le quatrième ou le cinquième jour, elle devient purulente, épaisse, de couleur gris jaunâtre. Dès les premiers jours, il y a peu de pus, mais il devient plus abondant les jours suivants. Les douleurs diminuent, ainsi que la mauvaise odeur et les autres symptômes pénibles; les hémorragies s'arrêtent, les tissus voisins deviennent moins durs. On n'observe aucun accident ni local ni général. L'examen microscopique montre que les éléments cancéreux perdent leur brillant, deviennent plus petits et granuleux ; le nombre des corpuscules purulents augmente.

Enfin, les malades acceptent avec facilité ce traitement, et l'auteur pense qu'il empêche l'infection de se généraliser (?).

B. Taft.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

De la sonde à demeure chez les prostatiques avec déambulation. (*Acad. de médecine*, 8 juin 1897.) — M. Bazy constate que l'engouement provoqué par la cystotomie sus-pubienne ou méat hypogastrique, à la suite des travaux de Poncet et de ses élèves, est aujourd'hui beaucoup tombé, et que la faveur revient à la sonde à demeure, que l'auteur n'a jamais cessé d'employer et dont les travaux récents de Guyon justifient davantage encore l'emploi. M. Bazy ne se contente plus, chez les prostatiques, de la sonde laissée en place plusieurs jours ou plusieurs semaines avec repos au lit : il la laisse pendant des mois et permet aux malades de se lever et de vaquer à leurs occupations habituelles. Déjà en 1895 il avait laissé à un malade une sonde en caoutchouc rouge pendant un mois pour éviter la répétition d'un cathétérisme difficile. Aujourd'hui il s'agit d'un malade de 77 ans auquel M. Bazy a fait conserver sa sonde pendant dix-huit mois, sans cesser d'aller et de venir. Au bout de ce temps, la sonde ayant été retirée, le malade s'est mis à uriner seul, ce qu'il n'a cessé de pouvoir faire depuis cette époque (septembre 1896). Les seuls accidents notés ont été de l'uréthrite à répétition et deux orchites légères. M. Bazy apporte deux autres observations de rétablissement spontané de la miction chez des sujets ayant gardé plus ou moins longtemps la sonde à demeure. Ce résultat est dû à l'atrophie graduelle du tissu prostatique que produit le séjour permanent de la sonde, atrophie aussi considérable que celle que peut amener la castration, ainsi qu'on a pu le constater sur le vivant et même dans deux cas à l'autopsie.

R. Blondel.

Traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection des canaux déférents. (*L'Echo médical de Lyon*, 15 avril 1897.) — Le Dr de Drézigué résume les résultats obtenus sur 22 opérés, dont 7 cas inédits du Pr Poncet; l'opération est sans gravité, l'amélioration obtenue est en général notable et se manifeste en moyenne huit à quinze jours après l'intervention. Chez 6 malades seulement l'urine est restée purulente et les envies fréquentes d'uriner ont persisté. Le toucher rectal a révélé, *chez tous les opérés*, une diminution de la prostate qui est allée s'accentuant avec le temps.

Quant la prostate est déjà scléreuse, l'atrophie post-opératoire se fait lentement, et la diminution des troubles fonctionnels est peu marquée. « A l'exo-prostatisme succède une sorte d'endo-prostatisme avec déformation, rétrécissement du canal de l'urètre prostatique, d'où la persistance des troubles fonctionnels. »

E. Vogt.

Traitement opératoire de l'ectopie vésicale congénitale. (*Archives russes de chirurgie*, n° 5, 1897.) — Dans le cas rapporté par Trojanoff il s'agissait d'ectopie complète et d'épispadias chez un enfant âgé d'un mois. L'auteur pratiqua d'abord la cure de l'épispadias d'après Thiersch et l'opération réussit. Pour la cure de l'ectopie, Trojanoff procéda de la façon suivante. Après avoir fait à la limite de la peau et de la muqueuse vésicale une incision pénétrant dans la profondeur jusqu'au revêtement séreux, et séparé sur toute sa circonférence le bord de la paroi vésicale, il le sutura en le tournant vers l'intérieur de la vessie par une suture transversale. Ceci fait, il réunit les bords de la peau. Il introduisit ensuite un cathéter à demeure. Dix jours après l'opération, les parois vésicales se réunirent assez solidement : il n'est resté qu'une petite fistule par laquelle l'urine sortait constamment. Cette fistule fut fermée un

mois après et, dès ce moment, l'urine sortait déjà par l'urètre. La guérison fut définitive. Mais, malheureusement, l'enfant souffre d'incontinence par suite de l'absence du sphincter, affection à laquelle, pour le moment du moins, la chirurgie est impuissante à apporter un remède efficace.

B. Taft.

De la taille sus-pubienne. (*Medicinskoïe Obosrenïe*, n° 4, 1897.) — Ramm est un partisan convaincu de la taille sus-pubienne qui lui a donné d'excellent résultats : sur vingt-huit interventions quatre morts et vingt-quatre guérisons. La mort a été déterminée : dans un cas, par l'épuisement (le malade avait été amené à l'hôpital dans un état déplorable) ; dans deux cas, par la néphrite purulente développée avant l'opération ; dans un cas seulement, c'est l'opération elle-même qui a dû être incriminée.

Dans deux cas, l'auteur employa la suture partielle ; dans deux cas, il laissa la vessie ouverte ; dans tous les autres il la ferma complètement. La suture vésicale a été suivie de succès parfait dans onze cas (45 0/0) ; dans treize autres cas elle a échoué. Toutefois, Ramm se prononce nettement pour la suture vésicale. Enfin, en ce qui concerne la direction à donner à l'incision, Ramm est partisan de l'incision transversale, mais il insiste sur la nécessité qu'il y a de la faire le plus loin possible du col.

B. Taft.

Traitement de la névralgie rénale par l'incision de la capsule, par George Ben Johnston (de Richmond, Virginie). *Medical News*, 1897, n° 5.) — Ce chirurgien a été mis sur la voie du traitement ci-dessous énoncé par quelques erreurs de diagnostic. C'est croyant avoir affaire à des calculs intra-rénaux qu'il intervint et constata un énorme soulagement des malades qui ne pouvait s'expliquer que par l'incision de la capsule, qui subissait une pression exagérée de la part du parenchyme hypertrophié. Après avoir étudié ces cas singuliers, il s'arrête aux conclusions suivantes :

1° La névralgie rénale n'est pas toujours liée à des lésions de l'organe. 2° Lorsqu'on ne trouve pas d'autres symptômes que la douleur, celle-ci peut être attribuée à l'excès de tension de la capsule. 3° La névralgie simule fréquemment la douleur symptomatique de la présence des calculs. 4° Lorsque persiste une douleur intense, sans autres signes de maladie fonctionnelle, l'incision exploratrice de la région lombaire est indiquée. 5° Lorsque l'inspection, la palpation et des ponctions avec une aiguille ne permettent pas de découvrir de corps étrangers, la capsule doit être incisée sur toute la hauteur de l'organe. La guérison fut complète dans les cas où il a opéré. Ajoutons qu'il s'est contenté de drainer et de panser à la manière ordinaire.

Aug. Benoit.

Gynécologie.

Dr R. Blondel

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Les métrorrhagies dans les maladies du cœur. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 juin 1897.) — M. Dalché insiste sur la gravité et la fréquence des métrorrhagies sous la dépendance des maladies du cœur. En général, c'est au début de ces maladies qu'elles sont le plus appréciables : à la période ultime de l'asystolie et de la cachexie cardiaque, c'est au contraire l'aménorrhée que l'on observe le plus souvent. C'est donc quand la lésion est bien compensée et se manifeste seulement encore par de la gêne précordiale, des palpitations, de l'essoufflement, des vertiges, un peu d'œdème malléolaire le soir, de l'irrégularité des battements, c'est à cette période qu'on observe cet accident le plus fréquemment. De même qu'il existe un foie et un rein cardiaque, il y a un utérus cardiaque sur lequel un état de congestion se fixe de par le fait du molimen cataménial simple ou d'une affection utérine ou péri-utérine, métrite chronique, fibromes, tumeurs ou phlegmasies ovariennes. Enfin l'artério-sclérose peut altérer aussi les artères utérines. Pour quelques auteurs, ces hémorragies seraient bienfaisantes et constitueraient une décharge pour la circulation. A la ménopause et après, il ne faut pas oublier la possibilité de métrorrhagies dues à l'artério-sclérose. Une intervention opératoire serait insuffisante parce que, derrière l'utérus, le cœur malade continue à commander aux accidents : il faut s'adresser à la digitale, à l'ergot, etc., et, dans les cas d'hyperthermie artérielle, à l'opium et aux sédatifs.

R. Blondel.

Traitement médical de la métrite chronique. (*Soc. de méd. et de chir. prat.*, 3 juin 1897.) — M. Lutaud conseille la dilatation graduelle et complète par les laminaires appliqués plusieurs jours de suite, puis, une fois l'utérus dilaté, les lavages journaliers à l'aide d'une sonde à double courant, avec une solution très chaude de bicarbonate de soude à 3 0/0. Si les

sécrétions sont purulentes, on emploiera la mixture suivante :

Naphtol	} ãã	5 grammes.
Salol		
Chloral		
Alcool		250 — .

Une cuillerée à soupe par litre d'eau bouillie.

Enfin on introduira dans la cavité utérine une éponge comprimée et aseptique imbibée légèrement de la solution suivante :

Acide salicylique	1 gramme.
Alcool	10 —
Eau	240 —

et qu'on laissera en place six à huit heures.

R. Blondel.

Indications et technique de l'hystérectomie. (*American Surgical Association*, XVIIIe Congrès tenu à Washington les 4-6 mai 1897. In *Medical News*, 8 mai 1897.) — M. Homans communique une note sur les indications de l'hystérectomie. L'opération est justifiable en présence d'hémorragies incoercibles, de néoplasmes malins, aussi bien que dans quelques cas de prolapsus irréductibles, d'inversions chroniques inguérissables, de maladies infectieuses et de la septicémie puerpérale.

Discussion. — M. Mudd : L'hystérectomie pour les tumeurs fibreuses demande une technique variable selon les indications spéciales. L'hystérectomie pour des inflammations péri-utérines n'est recommandée que très exceptionnellement. L'hystérectomie vaginale contre les néoplasmes malins est indiquée dans le cas où le mal est limité à l'orifice externe. L'infiltration des tissus dans le carcinome de l'orifice externe s'étend dans deux sens : 1° le long du tissu vaginal; 2° dans les ligaments larges. Quand la maladie débute par le corps, l'hystérectomie abdominale s'impose.

La plupart des tumeurs malignes exigeant l'hystérectomie débutent par l'orifice externe et dans les premiers temps sont passibles d'ablation par la voie vaginale. Il est préférable d'endormir la malade sur la table d'opération, afin d'abréger autant que possible l'anesthésie. La position de Treudelenburg est recommandée ainsi que l'incision abdominale large pour faire la place à un travail rapide et précis. L'artère ovarienne est liée avec de la soie, et l'hémorragie contrôlée au moyen des ligatures ou des clamps.

La gaze iodoformée est contre-indiquée dans tous les cas où elle serait en contact avec le péritoine.

M. Lange (de New-York) évite surtout de travailler à l'aveuglette. Il emploie quelquefois l'incision cruciale et l'incision au-dessus de la symphyse pubienne.

La cicatrice cruciale ne présente pas toujours une résistance suffisante, spécialement chez les opérées nullipares qui plus tard deviennent enceintes. En présence d'une large surface à vif, il a été obligé quelquefois de se servir du grand épiploon pour empêcher l'accolement de l'intestin.

L'incision para-vaginale ou para-rectale (séparation des parties molles entourant le rectum) présente l'avantage de rendre le plancher du pelvis beaucoup plus accessible et d'assurer le drainage de la cavité.

M. Allen met la patiente dans la position de Treudelenburg : le fibrome est attiré en dehors par-dessus le pubis et séparé des tissus qui l'entourent avec les ciseaux. Quelques coups de ciseaux suffisent à disséquer la face antérieure de l'utérus de la vessie, et le ligament large est maintenu avec le pouce et l'index. Cette opération, jusqu'à présent, a très bien réussi.

M. Vanderveer (d'Albany) opte pour l'hystérectomie abdominale ou supra-vaginale si le vagin est normal ou à peu près et si le col et surtout l'orifice externe sont sains. Les rapports anatomiques vaginaux sont ainsi conservés dans un certain degré à l'opérée, et l'opérateur a la facilité d'examiner le pelvis d'en haut, de détruire les adhérences, de voir les trompes et les ovaires et en cas de lésion de les extirper. Par contre, s'il y a cystocèle ou rectocèle, prolapsus de l'un ou des deux ovaires, la voie vaginale s'impose.

Il supprime le clamp dans la laparotomie.

L'ablation du carcinome limité à l'utérus est admissible quand le diagnostic est confirmé par l'examen microscopique. Quand le corps de l'utérus n'est pas hypertrophié, par propagation pathologique, par développement fibreux, ou une grossesse dépassant trois mois, le meilleur procédé est l'hystérectomie vaginale. La panhystérectomie est une opération rarement nécessitée.

L'auteur condamne l'emploi de la sonde à demeure après ces opérations.

M. Duncan.

Un cas de cystocèle vaginale avec prolapsus utérin datant de trente-trois ans, considérablement amendé par le traitement faradique. (*Bul. off. de la Soc. fr. d'électrothérapie*, mars 1897.) — Régnier a présenté à la Société française d'électrothérapie l'observation d'une malade de 54 ans, nullipare, atteinte de cystocèle et prolapsus, non soignée auparavant, et soumise par-lui à l'action des courants faradiques (bobine à gros fil, séances de trois minutes, trois fois par

semaine), avec pôle indifférent sur l'abdomen. Au bout de deux mois et demi, la vessie ne sortait plus par l'orifice vulvaire, même quand la malade ne portait aucun bandage.

E. Vogt.

L'emploi des antiseptiques et spécialement du sublimé dans les accouchements. (Conférence faite par M. Clément Godson devant le Bristish Gynecological Society. (*Brit. Med. Journal*, 23 janvier 1897). — M. Godsen compare la statistique de la mortalité dans les hôpitaux dédiés à l'obstétrique avant et après l'emploi des antiseptiques. Il prend comme type le British Lymg-ni (accouchement) Hospital à Londres. En 1870, la mortalité était de 1 sur 19. Pendant ce temps les épidémies de la fièvre puerpérale étaient fréquentes, l'hôpital a souvent dû fermer ses portes pendant de longs mois, des sommes vastes ont été dépensées en travaux de désinfection ; à modifier la structure selon les idées hygiéniques les plus modernes, à perfectionner les systèmes de ventilation et des fosses, mais malgré les frais énormes, rien n'a procuré l'amélioration permanente de l'état sanitaire de l'hôpital.

En 1880, l'emploi de l'acide phénique et plus tard du permanganate de potasse a été essayé, mais ce n'est qu'en 1886, avec l'introduction du traitement au sublimé que les bénéfices de l'antisepsie dans les accouchements se montrent d'une façon éclatante. Du mois de juillet 1886 au mois de décembre 1897, l'orateur constate 4,608 accouchements avec 11 morts (1/410) ; à partir du 1er janvier 1892 au 31 décembre 1896, 2,392 accouchements avec 3 morts (1/797). De ces trois morts aucun ne présenta trace de septicémie.

Le regretté M. Matthews Duncan écrivant en 1870, avant l'introduction des antiseptiques dans la pratique obstétricale, donne la moyenne de 1/100 comme statistique de mortalité dans les hôpitaux de la Maternité les mieux conditionnés. En ville, écrit-il, la moyenne dépasse ce chiffre.

C'est par l'emploi des antiseptiques, défini par M. Matthews Duncan, comme la « propreté transcendantale », qu'on a vu dans ces dernières années la mortalité diminuer jusqu'à 1 1/40/00.

M. Duncan.

Pédiatrie.

Dr B. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

L'eau froide en médecine infantile. — M. Comby (*Médecine moderne*), 2 janvier 1897, résume les indications, les avantages et les inconvénients de l'usage de l'eau froide.

Pour bien saisir les indications de l'eau froide il faut connaître son action physiologique d'ailleurs très complexe. Elle a d'abord une *action réfrigérante*, c'est donc un *agent antithermique*. Puis elle fait contracter les petits vaisseaux de la peau qui se dilatent ensuite, c'est donc en second lieu un *agent révulsif*. Cette action révulsive se fait sentir sur le cœur dont les battements deviennent plus fréquents et plus forts, sur la respiration qui devient aussi plus lente et plus aisée : elle a donc une *action eupnéique* et *systolique*.

Elle produit en outre la diurèse, et par son action sur les extrémités nerveuses de la peau et secondairement sur les centres nerveux qu'elle remonte et fortifie, c'est un tonique du système nerveux. Elle est *tonique*, mais en même temps *sédative* et produit aux malades agités du calme et du soulagement.

L'eau froide sera donc indiquée quand il y aura hyperthermie, avec ou sans délire, agitation, ataxo-adynamie, qu'il s'agisse d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, d'une diphtérie ou d'une septicémie quelconque.

Le bain froid sera indiqué dans les pneumonies. Dans les broncho-pneumonies il est indiqué aussi quand il y a un foyer petit, limité, contrastant avec des symptômes généraux intenses et une fièvre excessive, mais au contraire si les lésions sont diffuses, les bronches encombrées dans la forme capillaire et suffocante de la maladie; le bain froid ne réussit pas, il faudra le remplacer par les draps et les serviettes mouillés.

Le bain froid est mal supporté aussi dans la méningite tuberculeuse, la granulie, les maladies du cœur. S'il y a des contre-indications au bain froid, par contre les enfants supportent toujours bien le drap mouillé, les compresses froides, la vessie de glace, etc.

La *vessie de glace* sur la tête, sur le ventre, sur le thorax, sur la région précordiale, malgré sa basse température, est bien supportée parce qu'elle n'agit que sur une petite surface : elle peut être utile dans la pneumonie, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, la péricardite, la myocardite, la péritonite, la méningite, etc.

Un *drap mouillé* est excellent dans les états convulsifs avec ou sans fièvre : chorée, hystérie, dans toutes les névroses de l'enfance.

Les *compresses froides* appliquées sur le thorax sont très bien supportées dans la congestion, la bronchite aiguë, la bronchite capillaire, la broncho-pneumonie, etc.; elles procurent un soulagement manifeste, déterminent par le saisissement qu'elles produisent des contractions énergiques des muscles respiratoires, de la toux, facilitent la désobstruction des bronches, et font rougir la peau. Elles n'ont que des avantages, sans avoir aucun des inconvénients de la réfrigération brutale.

E. Thiercelin.

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. (*Medecinskoïe Obosrenïe*, n° 4, 1897.) — Le Pr Filatoff publie un long et fort intéressant travail sur le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. En partant de ce point de vue que les conditions hygiéniques ont une importance considérable, l'auteur s'y arrête avant tout. Le malade doit être placé dans une chambre bien ventilée; les fenêtres seront ouvertes l'été et l'hiver, même si l'on ne peut pas transporter le malade dans une autre pièce. La température ne doit pas être supérieure à 14° (Réaumur). Dans les cas où la maladie aura une évolution grave, où le malade aura du délire, il faudra veiller à ce que le silence complet règne autour de lui : il faudra se garder de lui parler ou de le distraire en quoi que soit.

L'alimentation se composera principalement de lait qui sera donné par petites quantités; dans les cas où le lait serait mal supporté on le remplacera par du bouillon de viande. S'il y a tendance à la constipation, on diminuera la quantité de lait et l'on augmentera celle de bouillon. Si l'appétit est satisfaisant, que la langue soit humide et qu'il n'y ait pas de météorisme considérable, on pourra permettre une nourriture amidonnée, facilement digestible, comme la panade de semoule.

A la période de convalescence, il ne faudra satisfaire à l'appétit, qui augmente rapidement, qu'avec de grandes précautions. Au début, s'il n'y a pas de diarrhée, on donnera un ou deux œufs à la coque, de la viande hachée dans du bouillon, etc. Au bout d'une semaine, on pourra y ajouter de la purée de pommes de terre ou un autre légume cuit. La règle absolument nécessaire à suivre, c'est de ne pas donner beaucoup d'aliments à la fois. Les boissons gazeuses doivent être proscrites. Dans les cas graves, la langue étant très sèche, on est obligé de donner à l'enfant de l'eau par petites quantités toutes les vingt à trente minutes sans attendre que l'enfant en demande. Quant au vin, l'auteur n'en prescrit que lorsque le pouls est faible et qu'il y a de l'apathie, à la dose d'une cuillerée à café ou d'une cuillerée à soupe, suivant l'âge et l'état du malade, toutes les deux ou trois heures. Le malade pourra se lever dès qu'il se sentira assez fort pour le faire. Pendant la saison chaude, on pourra lui permettre de rester à l'air même pendant la période fébrile; mais, l'hiver, il ne sortira que lorsque la convalescence sera complètement terminée, et, dans les cas où il y a eu des complications pulmonaires, après la disparition complète de la toux. Les occupations intellectuelles ne seront permises qu'au bout d'un mois après la convalescence dans les cas légers et au bout de deux mois dans les cas graves.

Filatoff arrive ensuite au traitement à proprement parler. Le calomel ne diminue pas la durée de la maladie; mais, administré au début, il rend son évolution plus favorable chez les enfants âgés de 6 à 12 ans; la dose est de 6 centigrammes toutes les heures jusqu'à l'effet. Si après quatre à six doses il n'y a pas de selle, on administrera une cuillerée à dessert ou à soupe d'huile de ricin.

Quant aux bains, l'auteur les emploie non pas pour abaisser la température, mais pour agir sur le système nerveux dans les cas où il y a des phénomènes assez graves : céphalée, insomnie, délire, somnolence, grande faiblesse. Les bains sont à une température variant de 22° à 28° (Réaumur) prolongés pendant quinze à vingt minutes et répétés dans les cas graves une ou deux fois par jour. Les hémorragies intestinales, les péritonites et une grande faiblesse du cœur constituent des contre-indications.

Les antithermiques ne seront administrés que lorsque, avec une température très élevée (au delà de 40°) apparaissent des phénomènes d'excitations et des douleurs. Parmi les antithermiques, c'est à la phénacétine que Filatoff donne la préférence : il la prescrit à la dose d'un nombre de décigrammes correspondant à celui des années du malade, divisée en trois fois, toutes les deux heures.

Quant il y a diarrhée, les boissons acides sont proscrites; le lait est donné par petites quantités, et dans les cas où l'on trouve beaucoup de grumeaux dans les selles, il est coupé d'eau et d'eau de chaux (un tiers d'eau avec une cuillerée à soupe d'eau de chaux pour un verre). Comme médicament, on prescrit du bismuth seul ou avec de la tannalbine. Cette dernière substance est administrée aux doses suivantes :

A l'âge de 1 à 5 ans. 1 gramme par jour.
Après 5 ans..... 2 à 3 gr. par jour.

Si les selles sont très fréquentes on donnera de

l'opium, deux à cinq gouttes, une ou deux fois par jour (aux enfants de 4 à 10 ans). S'il y a des coliques, on administrera de l'huile de ricin suivie d'opium et d'application d'une compresse froide. Les douleurs de ventre résultant de l'hyperesthésie cutanée seront combattues par des badigeonnages avec un mélange d'opium et d'huile d'olives (opium 1, huile 9) et par un pansement ouaté. Dans les cas de météorisme très prononcé, il sera utile d'administrer de l'infusion de valériane à 2 0/0; dans la constipation il faudra recourir aux lavements froids.

Les symptômes nerveux seront combattus par des bains et la phénacétine; la somnolence par des bains tièdes avec lotions froides; le pouls faible par du vin et des excitants, la caféine par exemple.

Contre l'excitation considérable qu'on observe parfois pendant la convalescence dans les cas graves, le mieux est de recourir à la morphine et au chloral :

Acétate de morphine....	10 centigr.
Eau distillée.....	25 grammes.

Nombre de gouttes correspondant à celui des années du malade, deux à trois fois par jour. L'hydrate de chloral sera administré en solution de 2 0/0, une cuillerée à café ou à dessert toutes les deux heures.

Dans la bronchite on recourra, suivant les cas, soit aux calmants (poudre de Dower) ou aux expectorants :

Apomorphine.....	2 centigr.
Eau.....	100 grammes.

par cuillerées à café ou à dessert. En outre on appliquera des sinapismes et des ventouses sèches.

S'il y a des hémorragies intestinales on prescrira le repos complet, des compresses froides sur le ventre et à l'intérieur ou de l'infusion d'ergot de seigle à 1 0/0 ou du perchlorure de fer (deux gouttes quatre à six fois par jour). Dans le cas d'anémie aiguë par suite d'hémorragies abondantes, on peut espérer de bons résultats des injections sous-cutanées de solution physiologique de chlorure de sodium à la dose de 50 à 100 grammes.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

A propos des injections intra-veineuses de sérum artificiel. (*Société de méd. et de chirurgie pratiques*, mai 1897). — M. L. Beurnier répond à une communication de M. Belin sur vingt-sept cas d'injections intra-veineuses de sérum, communication dans laquelle celui-ci avait avancé que pour l'absorption du sérum l'injection veineuse est le seul procédé pratique, qu'il est des plus simples et à la portée de tout médecin praticien, enfin qu'il ne nécessite que des instruments de trousse usuels. M. Beurnier remet la question au point par une étude très précise des conditions d'exécution de ces injections. En réalité il n'est pas si facile qu'on l'a dit de découvrir la veine, surtout chez certains sujets, qu'on la cherche au pli du coude ou aux malléoles. Quant au matériel opératoire, la bande de Nicaise, le tube de caoutchouc, le catgut, ne sont pas en permanence dans la trousse de tout médecin ni même de tout chirurgien. La rapidité d'absorption n'est pas beaucoup plus considérable qu'avec les injections sous-cutanées : avec celles-ci on peut injecter 500 grammes en six minutes, soit deux minutes pour 1 litre, et l'injection intra-veineuse absorbe un litre en neuf minutes. Ces trois minutes d'avance sont bien peu de chose en comparaison des difficultés indiscutables de celle-ci, même pour une personne exercée, et des dangers réels qu'elle présente toujours, quoi qu'on fasse, l'embolie par exemple et la phlébite, si la moindre précaution antiseptique a été négligée, ce qui peut arriver dans la hâte d'une intervention d'urgence. L'injection sous-cutanée, pour laquelle il suffit d'une bouteille, d'un tube de caoutchouc, d'une aiguille et d'un litre d'eau bouillie avec une cuillerée de sel marin, présente un caractère infiniment plus pratique, donne des effets aussi rapides et aussi puissants et ne comporte aucun risque.

R. Blondel.

La valeur thérapeutique de la péronine. (*Therap. Wochenschrift*, 23 mai 1897.) — Nowak (de Cracovie) a étudié tout spécialement l'éther chlorhydrique de la benzyle-morphine, dont l'hydrogène du groupe hydroxyle a été remplacé par le radical de l'alcool. Ce produit est connu sous le nom de *péronine*; il se présente sous forme d'une poudre blanche soluble dans l'eau et l'alcool pur concentré, insoluble dans l'éther et le chloroforme, ayant un goût amer. Les effets thérapeutiques rappellent ceux obtenus avec la codéine et la morphine : les essais ont porté sur 18 malades, dont 10 atteints de tuberculose pulmonaire, 4 d'emphysème et bronchite, 3 de bronchite aiguë, 1 de bronchite capillaire.

Dans tous les cas observés, les accès de toux ont diminué d'intensité et de fréquence : mais l'expectoration est devenue plus difficile, la toux plus sèche : on n'observa jamais de phénomènes de lassitude, de céphalées, comme avec la morphine; les malades se plaignirent en re-

vanche d'une sensation de brûlure dans la trachée et d'une augmentation des sueurs nocturnes. Il n'y eut pas de constipation à la suite d'ingestion de péronine : cet effet a été signalé cependant pour les cas de Schrœder.

On prescrira le remède nouveau en pilules ou en solution aqueuse : la dose de 1 centigramme se montre souvent insuffisante : on peut monter jusqu'à 15 centigrammes par jour sans inconvénient.

L'avantage principal de la péronine consiste dans le fait qu'il ne se produit pas d'accoutumance : on n'est pas forcé d'augmenter les doses pour obtenir un effet constant et durable.

Le prix élevé du produit pourrait nuire à la généralisation de son emploi.

E. Vogt.

L'entéroclyse, par le Dr Cassine. (*Nord médical*, 15 avril 1897.) — L'entéroclyse, à l'eau chaude, à faible pression, a pour but l'introduction dans l'organisme de grandes quantités de liquides au moyen de lavages intestinaux.

Pour pratiquer l'entéroclyse on prend un réservoir quelconque de 2 litres de capacité muni d'un tube en caoutchouc de 1 mètre 50 de long auquel on adapte une sonde molle œsophagienne ou une sonde urétrale n° 25 de la filière Charrière.

Pour les enfants on emploie 400 à 900 grammes de liquide. Pour les adultes il faut 2 litres pour remplir le gros intestin et plus de 3 litres pour forcer la valvule iléo cæcale.

La méthode agit surtout d'une façon mécanique. L'eau doit être portée à 25°. Le lavage intestinal sera pratiqué matin et soir. Dans les cas d'infection grave aiguë il sera fait exceptionnellement toutes les quatre heures.

On ne doit pas chercher à réaliser le lavage du gros intestin brusquement et tout d'un coup. Il est préférable de l'exécuter en plusieurs fois et progressivement, en faisant d'abord pénétrer un demi-litre d'eau, qu'on laisse échapper, puis davantage.

L'irrigation abondante de l'intestin a deux actions distinctes :

1° Un effet mécanique, et l'asepsie du gros intestin. De là son emploi efficace dans les affections gastro-intestinales, dans les différentes formes de diarrhée, surtout dans celles dont la cause est localisée dans le gros intestin;

2° L'eau introduite dans l'intestin, lorsqu'elle y séjourne, augmente la tension vasculaire, rétablit ou active la diurèse. L'entéroclyse est un procédé capable de combattre les accidents attribuables aux substances toxiques.

L'auteur a obtenu, dans sa pratique, de bons résultats thérapeutiques; dans certains cas graves d'anurie urémique, de choléra infantile, d'éclampsie. Il est convaincu qu'elle peut rendre service dans certaines situations précaires.

A. Chassevant.

De l'opothérapie hépatique dans les hémorragies. (*Société de biologie*, 8 mai 1897.) — MM. Gilbert et Carnot ont eu recours à l'opothérapie hépatique chez des cirrhotiques affectés d'épistaxis. Dans un cas, particulièrement favorable à la recherche de l'action hémostatique de l'extrait de foie, puisqu'il s'agissait d'une malade affectée d'hémorragies nasales quotidiennes depuis un mois, l'arrêt des pertes de sang fut instantané; mais elles reparurent ultérieurement malgré la continuation du traitement.

Ils ont également eu l'idée de recourir au même mode de traitement dans les hémorragies les plus diverses, épistaxis de l'enfance, métrorrhagies, etc., notamment dans les hémoptysies occasionnées par la tuberculose pulmonaire à ses diverses périodes. Cinq malades atteints d'hémoptysies tuberculeuses ont été traités exclusivement de cette façon; dans tous les cas, l'hémoptysie s'est arrêtée rapidement sans qu'il ait été besoin de recourir à un autre mode de traitement.

R. Blondel.

Influence de l'accumulation de la nicotine dans l'organisme sur l'action des médicaments internes et sur la cicatrisation des plaies. (*Congrès des Sociétés savantes*, 26 avril 1897.) — M. Decroix conclut que, toutes choses égales d'ailleurs, l'habitude du tabac semble produire le ralentissement des effets thérapeutiques des médicaments, comme elle retarde la guérison des plaies. Un grand nombre de faits rapportés semblent ne laisser aucun doute à ce sujet; mais longtemps auparavant, M. Bertherand, médecin principal de l'armée, avait constaté que, dans le traitement de la syphilis, notamment, les soldats grands fumeurs ne guérissaient pas aussi bien par le même traitement que les non-fumeurs.

R. Blondel.

Effets curatifs de l'arc voltaïque. (*Wratsch*, n° 14, 1897.) — La première idée de tirer une application thérapeutique de l'arc de Volta appartient à Evald. Kozlowsky a expérimenté cette méthode dans trente-huit cas et, dans le présent travail il expose les résultats obtenus.

Disons tout d'abord que le principe du traitement consiste en ceci que le malade est soumis à l'action de la lumière électrique donnée par l'arc de Volta. Pour les usages thérapeutiques on

besoin d'un courant continu de 250 à 300 ampères. L'appareil se trouve dans une pièce séparée de la pièce voisine par une porte: dans celle-ci est fixé un paravent mobile de façon à obtenir des orifices plus ou moins larges. Le malade qui se trouve dans l'autre chambre approche du paravent la région malade nue (l'orifice est à un mètre et demi de distance de l'arc voltaïque), et la soumet ainsi à l'action de la lumière pendant un laps de temps qui doit varier de trois quarts d'heure à deux heures. Le malade ne ressent qu'une sensation peu intense de chaleur. Ni le pouls ni la respiration ne présentent aucune modification. Six à huit heures après la séance, la région qui a été soumise à l'action de la lumière électrique se recouvre d'une rougeur assez intense qui n'a point le caractère d'une brûlure; le malade se plaint d'un prurit qui disparaît au bout de vingt-quatre heures ou plus tard, même chez des individus très sensibles. Environ quarante-huit heures après, la peau commence à se desquamer; cette desquamation, qui n'est accompagnée d'aucune douleur, disparaît au bout de deux à trois jours. Il reste une pigmentation peu considérable qui persiste pendant assez longtemps. Il est indispensable de protéger, pendant la séance, les yeux à l'aide d'un masque dans lequel on met des verres jaunes ou bleus assez épais.

Ce nouveau traitement électrique a été appliqué chez 38 malades dont l'âge variait de 13 à 70 ans. Les 38 cas se décomposent ainsi : 8 sciatiques, 4 névrites, 18 rhumatismes aigus ou chroniques, 3 névralgies occipitales, 2 névralgies du trijumeau, 3 lumbagos.

Pas un malade n'a eu plus de douze séances, les intervalles entre les séances étaient de trois à quatre jours suivant l'état de la peau.

Voici les résultats obtenus :

Dans tous les cas de sciatique et de lumbago, dans deux cas de névrite, dans deux cas de névralgie occipitale on a obtenu la guérison. Dans un cas de névralgie du trijumeau l'amélioration a été manifeste. En outre, 14 malades atteints de rhumatisme sur 18 ont également guéri.

Ajoutons, enfin, qu'on n'a constaté aucun accident, même chez des malades présentant des lésions du côté du cœur et de l'appareil respiratoire.

B. Taft.

CORRESPONDANCE

Nous recevons et publions bien volontiers la note suivante que veut bien nous adresser un de nos abonnés :

L'emploi de l'eau chaude comme modérateur du réflexe névro-musculaire. — L'application de compresses d'eau très chaude m'a rendu de bons services dans quelques maladies douloureuses, surtout dans les crises simples de colique hépatique. Voici comment je procède : un linge épais plié en quelques doubles est trempé dans de l'eau très chaude, puis exprimé avec les mains ou avec un autre linge, et placé sur la région de l'hypocondre droit ou jusqu'y compris l'épigastre suivant l'irradiation douloureuse de la lithiase biliaire. Les quatre ou cinq premières compresses sont changées toutes les minutes, puis toutes les quelques minutes, en même temps que l'on fait usage d'eau moins chaude, pendant une demi-heure s'il le faut. L'impression produite surtout par la première compresse est cuisante, désagréable, mais avec elle le soulagement apparaît, et l'amélioration continuant, la douleur devient minime. On maintient alors un linge simplement chaud sur la région douloureuse.

Par quel mécanisme agit cet agent hydrothermique? La réponse la plus vraisemblable est que l'excitation cutanée violente, brusque qu'il provoque, a un effet inhibitoire sur le réflexe névro-musculaire qui entretient le spasme canaliculaire dans les crises de colique hépatique; la douleur tend ainsi à disparaître.

J'ai pratiqué également ce mode de traitement en applications sur la poitrine, dans un accès d'asthme, chez un emphysémateux : la crise avorta en quelques minutes. De même, il m'a réussi dans un cas de névralgie intercostale très violente chez une jeune fille nerveuse. Mais il a presque échoué dans les crises de douleur dues à des lésions utérines ou annexielles.

Bien entendu, l'eau très chaude ne vaut pas la morphine comme agent sédatif, mais n'est-ce pas un avantage qu'elle puisse éviter ses contre-indications, et être employée quand on n'a pas cet alcaloïde sous la main?

Dr C. Naamé,
Médecin de l'Hôpital municipal de Jérusalem.

FORMULAIRE

Potion antidiarrhéique.

Résorcine médicinale		2 grammes.
Acide chlorhydrique médicinal	ââ	1 gr. 50
Laudanum de Sydenham		
Infusion de camomille		120 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères		20 —

Mêlez.

A prendre par cuillerées à soupe toutes les deux ou trois heures.

(Sonnenberger.)

Solution claire de cocaïne et de sublimé pour injections hypodermiques.

Chlorhydrate de cocaïne	10 centigr.
Bichlorure de mercure	20 —
Chlorure sodique	75 —
Glycérine	7 —
Eau distillée	Q. s.

Pour 20 grammes.

Dans un flacon de 30 grammes peser la glycérine; dissoudre séparément la cocaïne, le sublimé et le chlorure sodique dans très peu d'eau : chauffer à l'ébullition les deux derniers, puis verser dans la glycérine et agiter.

(Seifert.)

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Nomination. — Nous sommes heureux d'apprendre et d'annoncer à nos lecteurs que notre excellent collaborateur et ami le Dr Demelin, chargé de l'analyse des travaux d'obstétrique dans la *Revue*, vient d'être nommé, à la suite du dernier concours, accoucheur des hôpitaux de Paris. Nous lui envoyons nos bien sincères félicitations.

Les sauveteurs. — Pendant la réception, qui fut faite à l'Hôtel de Ville, des lauréats de la dernière distribution de récompenses à l'occasion de l'incendie du Bazar de la Charité, un conseiller municipal a très justement, quoique discrètement, élevé la voix à propos de la façon dont ces récompenses ont été attribuées. Outre que le nombre des « sauveteurs » dépasse de beaucoup celui des sauvés, c'est-à-dire de ceux qui ont été sauvés par autrui et ne se sont pas enfuis seuls, il n'est que trop vrai que des préoccupations absolument étrangères à la philanthropie et à la vertu ont souvent guidé le .....jury. Dans le quartier de la rue Jean-Goujon, nombre de médaillés sont connus pour n'avoir appris la catastrophe que par les journaux du lendemain et sont la risée de leurs voisins. On a récompensé jusqu'aux garçons pharmaciens qui ont préparé du liniment à plusieurs kilomètres de l'incendie, et tout le personnel de Beaujon, à son poste de chaque jour dans les salles, a été médaillé comme si chacun eût risqué sa vie : les cochers des ambulances urbaines eux-mêmes ont émargé. En revanche, on peut citer tel dévouement, parfaitement connu, mais volontairement resté à l'écart, auquel toute récompense a été refusée. Faut-il rappeler que notre bon et brave ami le Dr Récamier, qui lui, était bel et bien au milieu de la fournaise, avec sa femme et plusieurs amis, sauva à lui seul une douzaine de malheureuses femmes affolées qu'il emportait dans ses bras jusqu'à l'hôtel du Palais, revenant sans cesse dans la fournaise, où le sort du pauvre Feulard l'eût atteint lui aussi s'il n'était tombé à son tour, heureusement avant de retourner encore une fois au feu, atteint par une brûlure au cou qui le laissa pendant deux semaines entre la vie et la mort, avec des phénomènes bulbaires des plus inquiétants. Et combien d'autres encore, que nos confrères connaissent, les ayant soigné ensuite pour leurs blessures!

Que voulez-vous! Il faut bien penser à ses électeurs!

B.

L'affaire Grisey. — Récemment ont eu lieu au Mans les débats d'un procès, qui a fait un certain bruit dans la région.

Un ancien pensionnaire de l'asile départemental d'aliénés de la Sarthe, actionnait le directeur, M. le Dr Grisey, et réclamait 5,000 francs de dommages-intérêts, prétendant avoir été amené à l'asile pendant une crise alcoolique et avoir été battu par quatre gardiens qui lui firent diverses blessures, notamment une fracture au côté.

Son avocat, Me Moulière, interpellant un des juges, l'a prié de se souvenir que, pendant l'enquête faite récemment à l'asile, il avait reçu des plaintes semblables d'autres malades.

Me Ajam, avocat de M. Grisey, a affirmé que le parquet, ayant ouvert une enquête, avait reconnu que ces faits n'étaient pas établis.

M. le substitut Leroy a déclaré que le parquet du Mans et le parquet général sont également convaincus que les faits allégués sont exacts, mais qu'ils n'ont pu poursuivre correctionnellement, la scène s'étant passée dans une salle où se trouvaient seulement des gardiens qui nient, et des aliénés dont il est impossible d'invoquer le témoignage.

Le substitut a conclu à l'admission de la demande avec réduction du chiffre demandé.

Le jugement établit qu'il n'est pas douteux que Jancioli ait été maltraité par les gardiens ; mais, considérant qu'il était déjà retenu à l'asile par une maladie mentale, qu'il y a reçu tous les soins nécessaires et que l'incapacité de travail n'a pas dépassé deux mois, il condamne le Dr Grisey, civilement responsable des agissements de ses employés, à 500 francs de dommages-intérêts seulement, au lieu de 5,000 qui étaient réclamés, et aux frais du procès.

(*Revue médicale.*)

Remarques thérapeutiques. — Tel est le titre incolore sous lequel le Dr A..., qui garde l'anonyme, exécute une charge à fond contre l'abus des cures de villes d'eau, dans la *Deutsche medisinal-Zeitung*. Il déplore que le praticien se trouve forcé (il s'agit de l'Allemagne) par l'opinion publique à diriger ses diabétiques sur Carlsbad, où les malades, par crainte d'une action trop énergique des eaux (?), ne transgressent sous aucun prétexte un régime qu'ils pourraient fort bien suivre chez eux, et qui est seul efficace.

Même remarque pour les cures d'Ems contre les catarrhes de l'arbre respiratoire : ces cures se font... en été, et le malade continue à tousser... en hiver. Mieux vaudrait cent fois un traitement hydrothérapique rationnel destiné à protéger la peau contre les tendances au refroidissement.

Que peuvent enfin des séjours à Salzbrunn, Reichenhall, etc., contre un bacille aussi résistant que celui de la tuberculose, alors que les antiseptiques les plus énergiques sont pour ainsi dire de nul effet?

L'auteur, passant à un autre sujet, s'étonne que le lendemain des opérations les plus graves, à moins de contre-indication spéciale, on autorise et recommande une alimentation substantielle, et que les malheureuses femmes en couche, victimes de préjugés cent fois séculaires et antérieurs à l'antisepsie, soient soumises à un régime auquel l'organisme le plus robuste ne résisterait pas. Aucun accoucheur moderne ne croit plus qu'une aile de poulet ou un bifteak puisse provoquer une fièvre puerpérale : pourquoi donc affamer et affaiblir les pauvres accouchées?

Pourquoi, d'un autre côté, traiter les hémoptysiques, par exemple, en leur prescrivant une alimentation exclusivement liquide? Ne devrait-on pas, tout au contraire, défendre cette alimentation, qui ne peut qu'augmenter la fluidité du sang et la pression intra-vasculaire?

Pour terminer, l'auteur prend à partie à nouveau Carlsbad et le traitement de la cholélithiase. « Ne manquez pas, dit-il à un confrère, d'envoyer votre malade faire sa cure classique : il n'aura pas moins de coliques hépatiques qu'avant, mais votre réputation sera sauvée. Qu'arriverait-il, en revanche, si vous négligiez de recourir à ces eaux qui ne font du bien qu'à vous-même, indirectement il est vrai? Votre réputation sombrerait à jamais à la première crise! »

Il est toujours intéressant, pensons-nous, de faire ressortir combien les mœurs médicales des divers pays sont... différentes!

PETITE CHRONIQUE

Dans le groupement des individus pour la lutte contre les grands fléaux, après l'Assurance contre l'incendie, la grêle, l'inondation, devait venir l'assurance contre la vieillesse et celle contre la maladie : c'est dire que l'institution des Sociétés dites de Secours mutuels était un corollaire tout naturel de la création des autres Assurances. En réalité, c'est l'assurance à bon marché, avec fonctionnaires gratuits, l'assuré et l'actionnaire ne faisant qu'un. L'idée en elle-même est grande et belle. Enseigner à l'homme l'épargne, lui apprendre à songer, pendant les années de travail et de gain, aux périodes mauvaises de la maladie, de l'incapacité de travail accidentelle ou sénile, rien de mieux. Ces sociétés d'ailleurs sont arrivées ainsi à recueillir des capitaux considérables, ce qui prouve l'importance de leur rôle. Remarquons d'ailleurs que la prévoyance n'implique pas nécessairement l'obligation d'exiger de ses concitoyens leurs services à vil prix : par conséquent, tant qu'il ne s'agit que du principe de la prévoyance et de l'épargne, il y a là, ce n'est pas douteux, une œuvre saine et digne de tous encouragements.

Certes on ne les a pas ménagés, il faut bien le reconnaître : les ministres, le Président de la République en personne, président aujourd'hui les assises annuelles de la Mutualité française. La semaine dernière, la Chambre, plusieurs séances durant, a consenti à renoncer au jeu passionnant des interpellations, pour discuter une nouvelle loi sur les Sociétés de Secours mutuels, loi leur accordant des faveurs véritablement considérables quant à la garantie d'intérêt de leurs fonds et à bien d'autres points de vue encore. Cette loi a été votée à l'unanimité : ce touchant accord, à la veille des élections, dit assez si les mutualistes ont poussé des racines profondes au sein des masses. Faut-il ajouter que, dans le monde des organisateurs, les rubans de toutes nuances poussent aux boutonnières comme coquelicots et bleuets dans les blés? Aujourd'hui même il ne serait peut-être pas très prudent, dans certains milieux, de prétendre que pousser au développement de la mutualité n'est pas faire œuvre de moralité publique et de grandeur sociale. Etre en désaccord avec une Mutuelle, pour bien des gens, c'est faire œuvre antiphilanthropique et se classer en ennemi du bien public.

Oserai-je mettre une sourdine à cet enthousiasme? Hélas! il le faut bien! Trop de ruines autour de nous, dans la profession médicale, sont faites de ce magnifique développement des Sociétés de Secours mutuels (500,000 adhérents en France) pour qu'il nous soit possible de trouver que tout est pour le mieux ainsi dans le meilleur des mondes.

J'avoue humblement que je ne suis pas si émerveillé sur la valeur morale de la Société de Secours mutuels. Ce mot de *Secours* est une hypocrisie pure et vous donne un petit air Saint Vincent de Paul à la combinaison simplement financière abritée sous l'étiquette, et qui fait bien. Vraiment les gaillards qui refuseraient quelque chose à ces braves gens si charitables seraient des monstres. En réalité, les *secourus* ou les pauvres diables à secourir n'ont rien à voir avec la Mutualité : le Bureau de bienfaisance est là pour cela et le budget des communes en sait quelque chose. Quant aux ouvriers, aux petits employés, il suffit d'entendre proclamer partout la nécessité de créer des retraites ouvrières, des pensions aux travailleurs, etc., pour savoir que la mutualité n'est pas faite pour eux. Au fond, nous le savons bien tous, la Mutuelle est une association d'assurance contre la maladie et ses conséquences, dont la première est la nécessité d'avoir à payer un médecin. Ce n'est ni aux pauvres, ni même aux ouvriers malheureux qu'elle s'adresse, comme son titre semble le faire croire, mais au bourgeois économe à qui elle offre des conditions spéciales de bon marché qu'il est trop malin pour ne pas apprécier. Tout le mal vient, en somme, de ce que, dans le désir d'augmenter leur capital, les sociétés de secours mutuels ont en général abusé de leur situation vis-à-vis du médecin, en exigeant de lui, par l'appât du fixe et la force du nombre, des conditions absolument dérisoires, un tarif d'indigents que rien ne justifie dans la composition de ces Sociétés et qui, je l'ai déjà dit, n'a rien à voir avec le principe de la prévoyance. Qu'on fasse de la bienfaisance sur notre dos, qu'on nous demande une part plus forte qu'à d'autres dans le devoir de charité, passe encore. Mais qu'on nous prive carrément de notre gagne-pain en faveur de gaillards avisés, réunis par la seule pensée commune de nous imposer un rabais ridicule, c'est simplement se moquer de nous et il n'est pas une profession vis-à-vis de laquelle la loi permettrait d'en agir ainsi. Dame! inscrire à son budget une dépense annuelle de 5 francs au lieu de 100 francs,

c'est tentant. Reste à savoir si cet ingénieux procédé de rabais mérite qu'on lui tresse des couronnes. Au fond, l'épargne est une des formes de l'égoïsme, n'en déplaise aux faiseurs de discours des récentes cérémonies mutualistes : la Mutuelle s'adresse à l'*intérêt* de ses affiliés, et rien de plus : il n'est pas question de charité, ni de secours, mais d'une bonne affaire. Je continue à me demander où est là-dedans la grande œuvre morale dont on nous parle sans cesse.

Que si la question vous paraissait douteuse, il vous suffira de vous reporter à un an en arrière pour contempler un spectacle qui vous enlèvera toute incertitude. La Chambre discutait une loi sur les Sociétés coopératives de consommation. Vous savez ce que c'est : on se réunit à plusieurs pour acheter en gros en provenance directe et payer moins cher : pas d'intermédiaire à enrichir, pas de frais généraux, c'est la vie à bon marché pour tous les adhérents. Là c'est une économie sérieuse qu'on offre à l'ouvrier : le producteur et le consommateur sont affranchis de l'impôt souvent considérable prélevé de part et d'autre par l'intermédiaire, et comme au fond cet intermédiaire, le monsieur qui achète 20 francs pour revendre 30 francs, ne remplit évidemment pas un rôle sacré dans l'économie sociale, je comprends que là on pouvait parler de moralité. D'autre part, les économies considérables réalisées aussi par l'ouvrier à chaque achat, c'est-à-dire chaque jour, finissent par faire au bout de l'année une somme rondelette et c'était vraiment travailler à son bien-être que de favoriser le développement de ces sociétés.

Tout au contraire, les lois qu'on a faites l'ont été contre elles : on leur a imposé des patentes comme à des magasins destinés à enrichir leur tenancier; on a exigé des conditions déterminées pour l'affiliation à ces sociétés; bref on leur a mis dans les roues tous les bâtons dont pouvait disposer une administration qui en a, comme vous savez, des fagots en réserve. On a déclaré qu'elles créaient aux commerçants des conditions désavantageuses et une concurrence gênante.

Ainsi vous comprenez bien! Vous vous réunissez pour payer votre vin au vigneron à 20 francs l'hectolitre par exemple : alors que vous l'achetiez 40 francs au marchand de vins et que le vigneron n'en recevait que dix de cet honnête intermédiaire. Ça, c'est absolument immoral. Mais à côté, si vous voulez vous réunir dans les mêmes conditions pour payer à votre médecin cent sous par an le droit de le déranger tous les jours si cela vous plaît : ça c'est de la philanthropie et il n'y a pas assez de Prix Montyon pour l'inventeur. C'est bien clair!

Des sociétés coopératives, on exige qu'elles représentent des associations nettement limitées à une catégorie de citoyens ayant entre eux, en dehors d'elles, un lien commun corporatif, professionnel, administratif ou autre. Les Mutuelles, simples syndicats de clients carottiers, sont ouvertes à tous, riches ou pauvres, sans conditions : on y compte, comme cela se voit couramment en Belgique, des millionnaires pas fâchés de réduire une dépense qui n'a rien d'agréable. Quant aux ouvriers, à la chair à *secours*, le Bureau de bienfaisance, la caisse du patron, les assurances contre les accidents que paie encore le patron, sont là pour y veiller.

La conclusion est que le jour où les Mutuelles auront atteint le complet développement qu'elles espèrent, la moitié de la France sera soignée pour cent sous par tête et par an, le reste aux frais de l'Etat, au tarif que vous savez. Ces sociétés sont bien dirigées contre le médecin et contre lui seul. Au cours des récents débats à la Chambre, un député, enthousiaste ou naïf, ayant proposé d'octroyer aux mutuelles le bénéfice de l'assistance judiciaire devant les tribunaux, tous les avocats de la Chambre — et il y en a! — se sont levés pour protester, en disant très justement que les mutuelles, dont le capital est aujourd'hui de plus de 40 millions, n'étaient pas des indigents : il n'y avait donc aucune raison pour que les avocats leur fissent cadeau de leurs honoraires.

Eh bien! et les médecins?

Je dois à la vérité d'ajouter qu'aucun des nombreux confrères que nous possédons dans le Parlement n'a daigné établir ce rapprochement qui pourtant saute aux yeux.

Il faut pourtant bien que l'on sache que ces sociétés de bourgeois pratiques créent en maint endroit à nombre de nos confrères une situation absolument intenable. Plusieurs, qui veulent bien s'intéresser à ces Causeries sans prétentions que nous avons ici entre nous, tous les quinze jours, me signalent telle commune dont la moitié des habitants font partie de la société de secours mutuels et le reste est inscrit au Bureau de bienfaisance. Le médecin a ainsi 2.000 francs par an pour soigner 4,000 personnes à domicile. S'il proteste, on le révoque et le maire fait afficher à la porte de la Faculté le petit bulletin alléchant que nous avons tous lu au lendemain de notre thèse : « Belle position à prendre dans un département du Centre, 4,000 habitants, 2,000 francs de fixe : s'adresser au maire. » Le naïf, pris au piège,

résistera un an puis fera place à un autre naïf, à moins qu'il n'épouse la fille d'un fermier de l'endroit et n'accepte de végéter toute sa vie avec un budget de 3 à 4,000 francs pour lui et sa petite famille. Il ne lui reste plus qu'à se faire envoyer à la Chambre pour se tirer de là.

Que faire, me direz vous? Ici, comme en présence de beaucoup des maux qui nous accablent, il y a un peu de notre faute: la grève, permise au dernier des cochers de tramways, avec encouragements et allocations du Conseil municipal, ne nous a jamais été défendue. Les Syndicats locaux peuvent avoir ici une influence considérable: eux seuls peuvent signaler aux débutants tentés par l'affiche que je signalais plus haut, la dangereuse supercherie. Pourquoi les syndicats, en pareil cas, n'enverraient-ils pas une note à afficher à la Faculté à côté de celle du maire? Partout où nos confrères se sont entendus pour refuser leurs soins aux Sociétés de Secours mutuels au-dessous d'un certain tarif, ils ont obtenu des conditions beaucoup plus acceptables. En Allemagne, en Belgique surtout, où de vaillants journaux professionnels *le Scalpel*, par exemple, luttent pour la cause de l'indépendance des médecins, on a obtenu, toutes les fois que l'on s'est entendu, des résultats excellents, et après une lutte plus ou moins longue, les Sociétés ont fini par mettre les pouces. Seulement pour cela, il faut s'entendre, adhérer aux syndicats locaux en faisant taire toutes mesquines question de rivalités personnelles, en se disant qu'il s'agit là de la cause de la profession tout entière et que nul de nous, à notre époque si éprouvée, n'a le droit de se dérober en ceci à sa part de devoir. Ne pas savoir s'entendre en présence de gens qui s'entendent si bien contre nous, serait une pure et lamentable abdication.

Dr Diogène.

BIBLIOGRAPHIE

L'Œuvre médico-chirurgicale, Dr Critzman, directeur. N° 1 : *De l'appendicite*, par le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux de Paris. Une brochure in-8°, 1 fr. 25. Masson et Ce, éditeurs.

La rapidité avec laquelle naissent et évoluent les nouvelles questions médicales frappe de vieillesse précoce les traités de médecine et de chirurgie les plus récents et les mieux documentés. La collection dont nous avons le premier numéro sous les yeux vient d'être créée pour remédier à cette caducité extrême des livres classiques. Toute question nouvelle, ayant pris corps et vivant de sa propre vie, sera traitée par des savants autorisés; et cela de telle manière que n'importe quel traité d'une des sciences médicales puisse être tenu au courant, presque au jour le jour, des nouveaux problèmes dont la solution semble actuellement acquise à la biologie physiologique ou pathologique.

Le premier numéro est consacré à l'*appendicite*, question tellement discutée, qu'à lire les journaux aucun médecin, même très versé dans les récents travaux, ne saurait se faire une opinion claire, précise.

Dans son travail, le Dr Legueu résume d'une manière lumineuse toutes les théories actuelles sur la *pathogénie* de cette affection, toutes les *indications cliniques* et *thérapeutiques* qui en découlent; mais M. Legueu n'a pas entendu faire une simple œuvre de compilation et de mise au point. Sa propre expérience sur l'appendicite lui a permis de faire une étude critique serrée de toutes les nouvelles données et de les synthétiser dans une série de chapitres d'une division très heureuse. Avec cette monographie l'appendicite est faite, et définitivement.

Il s'agit ici d'un travail personnel en même temps que d'une étude critique et bibliographique; et c'est ce qui constitue à notre sens la véritable originalité de cette nouvelle collection, destinée à combler un vide réel dans la littérature médicale de nos jours; car elle a pour but de donner à chaque nouveau problème médical une formule complète classique, de façon à constituer autant de chapitres dignes de figurer dans le meilleur traité de médecine ou de chirurgie.

R. Bl.

De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, par R. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Necker. 1 vol. in-12. Bureaux de la *Semaine Gynécologique*, 5, rue Hautefeuille, Paris.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le glycérophosphate de fer et son récent emploi en thérapeutique. — Au cours de l'intéressante discussion sur le traitement de la chlorose et des anémies qui a récemment défrayé plusieurs séances de la Société de thérapeutique, les divers médicaments ferrugineux, parmi les plus usités, ont été passés en revue; ils sont à diviser en deux classes principales : 1° les sels de fer à acide inorganique; 2° les sels de fer à acide organique. Il a été reconnu que les premiers n'étaient efficaces qu'à la condition d'être à l'état de protosels; quant aux seconds, leur composition organique leur a attiré, principalement dans ces derniers temps, la préférence de la plupart des praticiens, et l'un d'eux notamment, l'oxalate de fer, a été cité comme donnant d'excellents résultats. L'utilité des sels de fer, du moins dans la majorité des cas, ayant été admise à peu près unanimement, il n'est pas sans intérêt de parler de celui devant lequel s'ouvre peut-être, en thérapeutique, l'avenir le plus sérieux : le glycérophosphate de fer.

Si l'oxalate de fer présente dans son emploi des avantages réels qui l'ont mis en vogue auprès du corps médical, il est encore entaché d'un défaut grave; la nature de son acide, l'acide oxalique, n'est pas faite pour le rendre propice à nombre de malades, parmi lesquels, en première ligne, tous ceux chez qui le fonctionnement des reins laisse à désirer, et ceux dont la vessie a tendance à s'encombrer de graviers ou de calculs. Outre que la toxicité des oxalates limite les doses de ce ferrugineux, le danger de la gravelle oxalique en est une contre-indication.

Le glycérophosphate de fer peut être considéré comme un ferrugineux physiologique, un médicament-aliment, présentant le fer sous une forme qu'il affecte vraisemblablement dans l'économie, dont l'acide glycérophosphorique est un des éléments vitaux essentiels. Ce sel, obtenu depuis peu par l'industrie à l'état de pureté parfaite, n'a pas pris immédiatement dans la thérapeutique la place à laquelle il pouvait prétendre. La raison doit en être attribuée à deux causes :

1° Le glycérophosphate de fer est difficilement soluble à froid;

2° Le glycérophosphate de fer en solution s'altère rapidement.

La solubilité du glycérophosphate de fer à froid étant très difficile et très lente, cet inconvénient exclue son emploi en nature (cachets, pilules, etc.) qui risque de le laisser passer « debout », et les préparations pharmaceutiques granulées ordinaires qui exigent une solubilité rapide du médicament.

Les solutions de glycérophosphates de fer étant très altérables, les solutés, sirops, vins, élixirs, se trouvent pratiquement éliminés par ce fait même.

Pour permettre au médecin l'usage de ce ferrugineux, il fallait arriver à le rendre très soluble, sans en altérer la composition et en évitant l'intervention d'éléments incompatibles, tels par exemple que les acides. C'est à la suite des travaux exécutés dans le laboratoire de M. Le Perdriel qu'a été obtenu le glycérophosphate de fer *soluble;* ce sel se présente sous forme de paillettes verdâtres, transparentes, solubles immédiatement et en toutes proportions dans l'eau froide, donnant un soluté limpide.

S'appuyant d'une part sur les propriétés réparatrices adjuvantes de la chaux jointe au fer, et d'autre part sur le principe émis par Herbert C. Harris, comme conclusion de ses remarquables expériences, à savoir que « le fer administré sous forme effervescente agit rapidement et favorablement sur l'anémie, tandis qu'il reste inefficace, ou même produit de mauvais effets, donné sous une autre forme », M. Le Perdriel fit revêtir à son glycérophosphate de fer soluble la forme de glycérophosphate double de chaux et de fer effervescent, à laquelle il donna le nom de *biosine*, pour rappeler que, ses composants représentant les éléments physiologiques primordiaux de la cellule nerveuse (glycérophosphate), de la cellule osseuse (phosphate de chaux), des cellules musculaire et sanguine (fer organique), le composé pouvait être considéré comme le reconstituant de l'ensemble des éléments vitaux.

Le glycérophosphate double de chaux et de fer est une préparation martiale physiologique, titrant 6 0/0 de fer métal à l'état de sel pur et 0,6 0/0 sous la forme effervescente, soit dans ce cas 18 milligrammes pour une dose. Cette forme effervescente de la biosine ne contient pas de sucre (ce qui en autorise l'emploi aux diabétiques), mais permet d'en ajouter à volonté à l'eau dans laquelle on fait dissoudre et on prend le sel.

Ainsi qu'il a été mis judicieusement en relief à la Société de thérapeutique, nombre de chlorotiques et d'anémiques sont en même temps des dyspeptiques. Si donc on leur applique la médication ferrugineuse, il importe de choisir un médicament qui non seulement n'encombre pas, ne surmène pas, n'irrite pas l'estomac, mais encore qui ne lui demande aucun travail de transformation. Le glycérophosphate de fer *soluble* effervescent répond, ainsi que l'a déjà prouvé l'expérience depuis qu'il est entré dans la pratique médicale, à ces desiderata. Directement absorbable et assimilable,

il n'exerce sur les fonctions gastriques aucune influence fâcheuse, ne cause ni tiraillements, ni crampes, ni pyrosis, et n'influe pas davantage sur l'intestin : l'effervescence donne naissance à du citro-tartrate de soude qui combat l'action constipante reprochée justement aux autres préparations ferrugineuses : cet avantage est les plus appréciables quand il s'agit en particulier d'administrer du fer pendant la grossesse.

En terminant cette courte étude sur le glycérophosphate de fer et sur son emploi dans le traitement de la chlorose et des anémies, il n'est pas sans intérêt de rappeler que le Dr Hochard proscrit de ce traitement les vins et élixirs, le quinquina, le quassia, etc., autant de médicaments qui, sans action élective en ce cas, ne tardent pas à manifester une action nuisible sur les voies digestives, dont la parfaite intégrité et le bon fonctionnement sont en pareil cas d'une importance si capitale. C'est assez dire que la plupart des drogues complexes, mélanges hétéroclites et irraisonnés, qui encombrent actuellement la pharmacopée et se posent en panacées universelles, ne peuvent être de la part du praticien sérieux et expérimenté l'objet d'un choix judicieux, les vertus d'un de leurs composants étant d'ailleurs le plus souvent annihilées par l'incompatibilité des autres ou leurs inconvénients.

Il est certain que l'on peut considérer les glycérophosphates comme des médicaments véritablement efficaces, représentant les phosphates à l'état où ils existent dans l'organisme, et conséquemment le type de produit le mieux assimilable que l'on puisse concevoir et auquel nul autre ne saurait être substitué. Jusqu'à ces derniers temps les glycérophosphates de chaux, de soude, de potasse, de magnésie, comptaient seuls parmi les remèdes consacrés, grâce à la facilité avec laquelle ils se prêtent aux diverses préparations pharmaceutiques et à leur administration. Pour les raisons que nous avons indiquées au début de cette étude le glycérophosphate de fer était resté en arrière : il a conquis aujourd'hui, sous la forme de sel soluble à froid en toutes proportions et de glycérophosphate double de chaux et de fer effervescent (biosine), la place qui était due à son importance thérapeutique.

G. Lixas.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des gastrites.

Par M. G. Hayem,
Professeur de clinique à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine,

Et M. G. Lion,
Médecin des Hôpitaux.

Nous étudierons successivement le traitement du type hyperpeptique, du type hypopeptique et du type apeptique.

A. Type hyperpeptique. — Il faut distinguer : la forme hypersécrétante ou tout au moins à sécrétion abondante avec digestion prolongée, qui se montre avec ou sans dilatation et la forme à faible sécrétion et à digestion courte qui ne s'accompagne jamais de dilatation.

a) *Forme hyperpeptique avec sécrétion abondante sans dilatation.* — Dans cette forme, le régime antidyspeptique doit être assez sévère, surtout quand la digestion est pénible et qu'elle trouble le sommeil.

Les applications révulsives locales, légères, mais prolongées, sont particulièrement indiquées. On donnera la préférence au maillot humide, laissé en permanence ou appliqué seulement la nuit. Une compresse pliée en quatre, ou trempée dans l'eau froide ou chaude suivant la tolérance du malade, est exprimée et placée sur le creux épigastrique. Elle est recouverte d'un large morceau de taffetas chiffon, et le tout est maintenu à l'aide d'une bande Velpeau.

L'hydrothérapie, à moins de contre-indications, sera conseillée avec avantage : en raison de la tendance à la neurasthénie et à l'hypocondrie, on aura surtout recours à l'hydrothérapie froide.

Enfin on pourra prescrire une cure gastrique. Celle qui convient le mieux à tous les états hyperpeptiques à sécrétion abondante est la *cure par l'eau de Carlsbad.* Elle est

surtout indiquée quand il y a retentissement du côté du foie, ce qui est loin d'être rare. Elle est contre-indiquée chez les cardiaques, les tuberculeux, les gens affaiblis et vieux.

On peut envoyer les malades à Carlsbad, mais on obtient d'excellents résultats en faisant faire la cure à domicile. L'eau de Carlsbad est transportable et conserve au loin une activité qui ne diffère pas sensiblement de celle qu'elle présente sur place. M. Hayem a même utilisé avec succès une solution artificielle se rapprochant par sa constitution de l'eau minérale naturelle. Sa formule est la suivante :

Eau distillée.....	1 litre.
Sulfate de soude.....	2 gr. 5 à 3 grammes.
Bicarbonate de soude.....	2 grammes à 2 gr. 50.
Chlorure de sodium.....	1 gramme.

Pour bien se conserver elle doit être stérilisée. Cette précaution n'est pas nécessaire si on la consomme immédiatement.

La source naturelle que M. Hayem emploie le plus souvent est la source Mühlbrunnen.

On prescrit une dose de 250 grammes que l'on augmente de 50 grammes par jour, jusqu'à ce qu'on ait atteint 500 grammes. Il est rarement indiqué de forcer cette dose; toutefois on peut aller jusqu'à 600 grammes lors d'hyperchlorhydrie intense chez des malades non amaigris.

L'eau est prise le matin à jeun en trois fois par portions égales, en laissant un intervalle de vingt minutes entre chaque prise.

Elle est, avant d'être bue, tiédie au bain-marie à 40° (température de la source).

Pendant la cure, qui doit durer 25 à 30 jours, le malade doit éviter les fatigues et les écarts de régime. Il doit supprimer le lait et ne boire que de l'eau. Le résultat obtenu par ce traitement est une diminution de la sécrétion et de la durée de la digestion. Il est rare que l'on constate un abaissement sensible dans l'hyperpepsie. Souvent l'analyse pratiquée au bout d'une heure accuse une augmentation des valeurs dosées. Cette augmentation n'est qu'apparente, elle tient à la rapidité plus grande de l'évolution digestive qui atteint plus rapidement son acmé.

Quand l'eau de Carlsbad est contre-indiquée ou mal supportée, M. Hayem emploie pour la remplacer l'eau de Vichy sulfatée. Un verre d'eau de Vichy (Célestins), tiédie au bain-marie et additionnée de 4 à 6 grammes de sulfate de soude est pris le matin à jeun une heure avant le premier déjeuner et continué pendant vingt-cinq à trente jours consécutifs.

Chez les sujets constipés, on peut employer indifféramment l'eau de Carlsbad ou l'eau de Vichy sulfatée. Chez ceux qui ont une diarrhée liée à l'état hyperpeptique, type morbide particulier qui n'est pas très rare, tantôt l'eau de Carlsbad exagère la diarrhée tandis que l'eau de Vichy sulfatée la modère et la fait disparaître, tantôt on observe une action inverse.

M. Hayem n'est pas encore arrivé à saisir la raison de cette différence dans les effets des deux cures, et il ne sait pas reconnaître autrement que par le tâtonnement celle des deux qui convient à un cas donné.

Quand, après l'administration de l'eau de Carlsbad ou de l'eau de Vichy sulfatée, la constipation persiste, on peut prescrire le massage du gros intestin.

b) *Forme hyperpeptique avec sécrétion abondante et dilatation.* — La dilatation est plus ou moins prononcée, plus ou moins ancienne, plus ou moins compliquée d'atonie.

Quand la dilatation est récente et peu prononcée, le traitement est le même que pour la forme précédente.

Quand la dilatation est plus développée, plus ancienne, la cure gastrique proprement dite doit être précédée d'une période de préparation, pendant laquelle le malade est soumis au régime et à l'action d'un massage doux de l'estomac et aussi de l'intestin lors de constipation.

Quand l'affection a été négligée et est devenue très ancienne, le traitement est toujours long; mais quand il n'y a pas de complication, c'est-à-dire quand la dyspepsie reste simple, il donne toujours de bons résultats. C'est une question de patience. Assez souvent, il est nécessaire de revenir à plusieurs reprises à la cure gastrique. On peut faire alterner à deux ou trois mois de distance une cure d'eau de Carlsbad et une cure d'eau de Vichy sulfatée.

Les lavages stomacaux interviennent rarement dans la cure de l'hyperpepsie. Toutefois, ils agissent utilement, dans certains cas avec atonie, en excitant la contraction musculaire et en facilitant le retrait de l'estomac. Il est inutile de les rendre médicamenteux. Ils doivent être faits avec de l'eau bouillie, refroidis à 30°, et jamais plus de douze ou quinze fois de suite.

c) *Forme hyperpeptique avec sécrétion pauvre et digestion courte.* — Malgré l'intensité parfois assez prononcée de l'hyperpepsie, cette forme réclame un traitement sensiblement différent de la forme hypersécrétante.

Le régime doit comporter, en raison du tympanisme qui l'accompagne généralement l'abstention plus ou moins prolongée des féculents. Il faut réduire autant que possible les potages et soupes, supprimer les légumes farineux, ne permettre que le pain de légumine ou une très petite quantité de pain grillé.

S'il y a eu abus des médicaments, la cure gastrique doit être différée. On peut toutefois, même dans ces conditions, administrer le matin à jeun une eau minérale légèrement salée. L'eau de Santenay répond mieux que toute autre aux exigences d'un pareil état.

Elle renferme environ 5 grammes de chlorure de sodium et 2 grammes de sulfate de soude par litre. Ses effets sont à la fois sédatifs et remontants.

On peut également prescrire l'eau de Châtel-Guyon ou l'eau de Saint-Nectaire.

Chez les malades constipés, il est parfois utile de faire prendre un second verre d'eau de Santenay ou de Châtel-Guyon à quatre heures.

L'usage de ces eaux est prolongé pendant cinq à six semaines.

Tant que dure la cure, on fait appliquer, au moins pendant la nuit, un maillot humide sur le creux de l'estomac.

Dès que le tympanisme diminue, on introduit dans le régime une certaine quantité de légumes féculents, de compotes de fruits, afin d'éviter un trop grand amaigrissement.

Lorsque cette forme est d'origine médicamenteuse, il arrive fréquemment que, sous l'influence de l'éloignement des causes et par l'action du traitement, la sécrétion devienne

plus abondante et la digestion plus prolongée. On voit même quelquefois se produire une dilatation qui avait existé antérieurement, avant que la gastrite médicamenteuse se fût surajoutée au type primitif. Le cas rentre alors dans la forme précédente et doit être traité comme elle. Aussi faut-il avoir soin de faire refaire au bout de deux à trois mois un nouvel examen gastrique.

Les eaux minérales mentionnées plus haut n'ont pas seulement un effet local, elles agissent encore sur les fonctions rénales et sur la nutrition générale. Pendant la cure, on observe communément de la diurèse et des modifications des urines, variables suivant les cas, mais en général favorables.

B. Type hypopeptique. — Ainsi qu'on peut le voir en se reportant au tableau reproduit plus haut, les variétés anatomiques de gastrites se rapportant au type hypopeptique sont assez nombreuses.

Cliniquement, il suffit de distinguer l'hypopepsie avec dilatation et l'hypopepsie sans dilatation.

a) *Forme hypopeptique avec dilatation.* — Cette forme n'appartient qu'exceptionnellement au groupe des dyspepsies simples ou symptomatiques.

En effet, elle est l'aboutissant des cas anciens, invétérés, qui, au début et parfois pendant des années, ont été caractérisés par de l'hyperpepsie avec prolongation des digestions et dilatation. Plus tard, par suite de l'évolution de la lésion, l'hypopepsie a succédé à l'hyperpepsie et la dilatation, d'active qu'elle était, est devenue atonique. Celle-ci est entretenue, malgré l'hypopepsie, par l'affaiblissement de la motilité, par le tympanisme, plus rarement par une sécrétion prolongée en rapport avec un état de congestion chronique.

Presque toujours les malades ont pris des médicaments multiples et la lésion stomacale est complexe et susceptible de se modifier pendant le cours du traitement.

La règle est de ne prescrire, en pareil cas, aucune cure active, pendant un temps assez long. On doit s'en tenir au régime seul, avec applications révulsives (maillot humide), au massage et à l'hydrothérapie.

Les lavages sont également indiqués dans cette forme soit dans le but de combattre la dilatation, soit dans celui de faire cesser les fermentations anormales. Après un très grand nombre d'essais de liquides médicamenteux, M. Hayem a reconnu que les lavages agissent surtout mécaniquement et que l'on obtient, à l'aide de l'eau bouillie simple, tous les effets qu'on est en droit d'en attendre.

Le régime sera plus ou moins sévère; on en trouvera les indications dans la tolérance gastro-intestinale et dans l'existence ou l'absence de tympanisme.

Toutefois, lorsque l'hypopepsie est accentuée, on peut, même en présence d'une forte dilatation, faire prendre au malade un aliment-médicament qui tend à relever la valeur digestive du suc gastrique, le képhir. On le donne aux deux principaux repas, par demi-bouteille. Son usage est continué pendant deux ou trois mois.

Il existe deux formes principales d'hypopepsie avec dilatation.

La première, d'origine médicamenteuse, se transforme, au bout d'un certain temps, en hyperpepsie avec sécrétion abondante. La dilatation peut alors diminuer, surtout si elle est liée au tympanisme, mais elle ne disparaît qu'ultérieurement, sous l'influence d'un traitement approprié.

La seconde forme d'hypopepsie, qui quelquefois aussi reconnaît pour cause l'abus des

médicaments, mais dont la lésion profonde et invétérée n'est plus modifiable, est définitive. On obtient assez rapidement en pareil cas la diminution, puis la disparition de la dilatation.

b) *Forme hypopeptique sans dilatation.* — Elle se montre avec ou sans tympanisme.

Le traitement consistera dans l'emploi du régime képhirique mixte, sans massage stomacal. Chez les constipés on peut prescrire l'eau de Santenay le matin à jeun et le massage intestinal.

Dans un certain nombre de cas, l'hypopepsie n'est due qu'à une infiltration embryonnaire de la muqueuse et ne tarde pas à faire place à une hyperpepsie avec ou sans dilatation. On institue alors le traitement de l'hyperpepsie.

C. Type apeptique. — Dans la forme dyspeptique simple ce type ne s'accompagne pas de dilatation.

Le traitement reste celui de l'hypopepsie intense avec cette différence que le képhir peut être donné en dehors des repas.

Quand il existe de la diarrhée, diarrhée qui présente parfois les caractères de la lientérie, on peut même soumettre le malade pendant un certain temps au régime képhirique exclusif. On prescrit un verre de képhir toutes les deux heures.

Ici encore on observe des cas susceptibles d'être modifiés et d'autres dont la lésion est définitive.

L'apepsie d'origine toxique (qui succède à l'abus de certaines boissons fermentées, à l'abus des médicaments, au tabagisme), est quelquefois passagère. On voit lui succéder, à la suite du traitement, un type hyperpeptique qui peut même être très accentué.

Lors d'atrophie ou de dégénérescence muqueuse, au contraire, le traitement n'a aucune prise sur la lésion. Il est cependant suivi d'un état d'amélioration des digestions totales, telle que les malades se considèrent comme complètement guéris. L'affection entre dans une phase de latence complète (1).

---

(1) Extrait du *Traité de médecine et de thérapeutique*, vol. IV, qui vient de paraître chez J.-B. Baillière, éditeur, 1er juillet 1897.

Du traitement de la fièvre puerpérale.

Par le Dr Laskine,
Ancien Interne des Hôpitaux.

(*Suite et fin.*)

DU CURETTAGE

En 1850, Récamier publiait dans *l'Union médicale* un mémoire sur le curettage. C'est à lui que revient incontestablement l'honneur de l'initiative. C'est aussi lui qui a eu la très heureuse idée de l'appliquer comme moyen curatif dans un cas de rétention de débris placentaires. Bientôt abandonné par suite de quelques insuccès qui sont cependant plutôt imputables aux opérateurs qu'à la méthode, celle-ci trouve quelque chose comme vingt ans après des défenseurs convaincus en Allemagne et Noggerath reprend la question au point de vue obstétrical. Les travaux se succèdent alors et Osterloh, Fehling, Schwartz, Veit, Léopold, Hartwig, Hirst, Coe Martinow, Chazan, Cholmogoroff précisent les indications et le mode d'application de la curette.

En France c'est Doléris qui a repris la question et l'a défendue pendant longtemps contre de nombreux adversaires et non des moindres, qui voyant plus tard qu'ils luttaient contre l'évidence même, ont pris très habilement le parti de se renfermer dans un mutisme prudent tout en se servant de la méthode.

Après ce que nous avons dit à propos des injections intra-utérines et des irrigations continues il est facile de prévoir à quels cas nous réservons le curettage de la cavité utérine. D'ailleurs aucun des auteurs qui aient écrit ou enseigné à ce sujet ne prolonge les injections intra-utérines au delà de deux jours et plusieurs (Charrier, Basset) se prononcent pour l'intervention précoce, surtout lorsque les phénomènes septiques se rattachent par exemple à la rétention des membranes ou de quelques cotylédons placentaires. Si l'on examine maintenant les cas dans lesquels le curettage est contre-indiqué, on s'aperçoit bien vite qu'ils sont presque exceptionnels. Aujourd'hui on tend de plus en plus à admettre qu'il y a toujours avantage à réprimer le foyer utérin d'où les microbes se répandent avec une si grande énergie dans toute l'économie. Les examens hématologiques faits par Basset montrent d'une façon indéniable que le nombre et la cohésion des streptocoques sont moindres après le curettage.

Chaque fois qu'on aura à faire cette opération il faut que, comme pour toute autre, on veille avec la plus grande attention à l'exécution des préceptes de la plus rigoureuse

antisepsie : lavage minutieux des mains, des doigts, lavage de la vulve et du vagin que l'on aura au préalable longuement savonnés. L'instrumentation est on ne peut plus simple. Presque dans tous les traités, thèses et mémoires on parle de spéculum, valves-écarteurs; nous croyons que leur utilité dans l'opération même du curettage est contestable et qu'il est très facile de s'en passer.

Avec une ou deux bonnes pinces de Museux, quelques bougies de Hégar pour la dilatation extemporanée de la cavité utérine, et enfin quelques curettes de différents calibres, on a tout pour mener à bonne fin l'opération du curettage. Les instruments seront flambés et plongés dans une solution phéniquée forte à 5 0/0.

Après tout ces préparatifs la malade est mise dans le décubitus dorsal, les cuisses sont maintenues fléchies et écartées par deux aides ou, ce qui vaut mieux, par les croissants montés sur deux fortes tiges métalliques qui sont faciles à fixer à n'importe quelle table. Certains chirurgiens disposent les pieds de la malade sur leurs propres genoux. C'est là plutôt une attitude dictée par la nécessité et le manque d'aides qu'une disposition de choix.

L'opérateur glisse alors deux doigts de la main gauche dans le vagin, il les pousse jusqu'à ce qu'ils rencontrent le col; une fois là il introduit tout doucement une pince de Museux en la guidant sur les deux doigts déjà placés dans le vagin, jusqu'à la *lèvre supérieure du col* qu'il saisit aussi bien que possible en prenant une large épaisseur de tissu, car sans cette précaution il arrive qu'à la moindre traction exercée sur les manches de la pince de Museux, celle-ci glisse en arrachant une petite parcelle du col.

Quelques auteurs conseillent de placer une pince sur la lèvre supérieure et l'autre sur la lèvre inférieure. C'est encore une précaution plutôt gênante qu'utile. La pince fixée est attirée très légèrement vers l'orifice de la vulve. De la main gauche l'opérateur saisit cette pince et la relève en haut; de la main droite il prend une canule à injection intra-utérine et procède à une large irrigation au permanganate de potasse par exemple (solution à 0,50 centigr. p. mille). Cela fait, on introduit la curette très doucement, en suivant les courbures de l'utérus, jusqu'au fond, après quoi on la ramène au niveau du col. On suit ainsi les faces antérieure et postérieure et les faces latérales. Pour faire un bon nettoyage du fond de l'utérus il faut incliner la curette tantôt à droite, tantôt à gauche de façon à mettre bien en contact avec la courbure la concavité supérieure de la cavité utérine le tranchant de l'instrument.

Pour le curettage des angles ou cornes de l'utérus on conseille généralement l'emploi d'une toute petite curette à laquelle on imprime quelques mouvements de va-et-vient. Chaque fois qu'au cours de l'opération on retire la curette il faut la plonger dans un verre rempli d'une solution antiseptique pour la débarrasser des débris et des matières septiques dont elle peut être chargée.

On termine le curettage par une large irrigation intra-utérine, qui entraîne les lambeaux de muqueuse détachée par la curette et la cautérisation de la surface utérine à l'aide de la teinture d'iode, de la glycérine créosotée ou de la créosote pure.

Quelques auteurs font suivre le curettage de l'écouvillonnage. Avec un gros écouvillon trempé dans la glycérine créosotée on frotte toutes les parties qui ont déjà subi l'action de la curette; si l'écouvillon sort chargé de nombreux débris, on recommence l'opération avec un nouvel écouvillon, jusqu'à ce que l'on soit à peu près sûr d'avoir une surface nette.

On prend ensuite une longue bande de gaze iodoformée, celle-ci est peu à peu poussée

jusqu'au fond de l'utérus, après quoi on en remplit toute la cavité utérine et vaginale. Le lendemain on renouvelle le pansement.

Le curettage est une opération bonne, utile, peu douloureuse, facile à exécuter et qui rend aux gynécologues et surtout aux accoucheurs des services inappréciables.

M. Pinard, dans son livre consacré au traitement de la fièvre puerpérale, parle des difficultés du curettage chez les femmes qui ont subi la symphyséotomie : « Ici on ne peut guère songer à écarter les cuisses; or la région vulvaire, dit M. Pinard, peut être découverte en fléchissant à angle droit sur le bassin, les cuisses réunies. On pourra donc exécuter le curettage et les toilettes en soulevant la femme par les cuisses fléchies et rapprochées. Le lit Herbet rend cette disposition bien plus facile et simple. »

M. Pinard a étudié avec beaucoup de soins les suites du curettage. Il divise les malades en deux catégories : 1° celles qui présentent après l'opération une chute définitive de la température; 2° celles chez qui la chute se fait d'une façon lente et progressive. Quelquefois en dehors de ces deux variétés de mode de défervescence on peut observer le lendemain ou plusieurs jours après le curettage une ascension brusque et passagère ou une ascension progressive et persistante de la température. C'est dans ce dernier cas que la désinfection ayant été incomplète on peut être amené à refaire un nouveau curettage. Si cette fois la chute de la température est définitive on se contente d'une injection intra-utérine et d'un tamponnement. Si par contre la malade continue à présenter de la fièvre, quelques auteurs, comme M. Pinard, conseillent alors l'irrigation continue, d'autres le traitement médical, mais celui-ci n'est plus ce qu'il était autrefois et on n'a plus aujourd'hui recours ni à la saignée, ni à l'ipéca, ni à la méthode émétocathartique comme le voulait Beau, etc., etc. M. Tarnier dans son mémoire sur la fièvre puerpérale, dit qu'il n'a vu que des insuccès comme résultat de ces divers traitements et ajoute que s'il est frappé de découragement pour instituer un traitement curatif, il n'a d'espoir et de foi que dans l'avenir et l'efficacité de la prophylaxie.

Aujourd'hui le traitement médical semble reprendre un peu de l'importance qu'il a perdue.

Au lieu de la diète conseillée autrefois les accoucheurs dirigent leurs efforts contre l'affaissement et l'épuisement des malades atteintes de septicémie puerpérale; et tous conseillent l'alimentation substantielle et l'usage très large des boissons alcooliques.

Contre la fièvre, ils conseillent comme les anciens l'usage du sulfate de quinine à hautes doses, 75 centigrammes à 1 gramme par jour, en même temps que quelques-uns parmi eux regardent les bains froids comme devant agir comme antithermique et tonique. Enfin dans ces dernières années on a essayé d'opposer comme moyen à l'envahissement de l'organisme par les streptocoques, l'immunisation par le sérum (Marmorek, Charrin et Roger).

La description des méthodes que ces auteurs ont suivie pour obtenir le sérum antistreptococcique serait trop longue pour trouver sa place dans une revue aussi succincte que celle-ci. Tout ce que nous pouvons dire c'est que la sérothérapie n'a pas donné jusqu'à aujourd'hui tout ce qu'on pouvait en attendre et l'efficacité du sérum tel qu'on nous le donne est loin d'être parfaite. Il semblerait même que la sérothérapie ne peut être employée sans exposer les sujets à certains dangers, témoins ces morts mystérieuses, inexpliquées et où, à l'autopsie, on rencontre des lésions qui ne sont pas celles des septicémies habituelles. Il semble qu'un point très spécial, très particulier doive rendre la sérothérapie toujours un peu difficile dans les septicémies puerpérales; c'est qu'il est

rare qu'on ait affaire à des infections franches, car si les septicémies à streptocoques et seulement à streptocoques se rencontrent souvent, il est impossible de nier et le nombre et la fréquence des infections mixtes ou pures par d'autres microbes : tels les staphylocoques, le vibrion septique, le pneumocoque, le bacillium coli, etc. Est-ce logique de supposer que le sérum agira contre tous ces microbes à la fois et en même temps.

D'autres, comme Hofbauer ont proposé de traiter l'infection puerpérale par la production d'une leucocytose artificielle (nucléine à la dose de 5 à 10 grammes). M. Fochier (Société obstétricale de France, 1892) a préconisé la formation artificielle d'abcès au moyen des injections d'essence de térébenthine.

Enfin, depuis les travaux de Dastre, Loye, Cyon qui ont montré l'innocuité des grandes injections faites sous la peau ou dans les veines, on a essayé de les appliquer à la thérapeutique. Sahli, en 1890, les faisait pour l'anémie. MM. Porak et Bernheim ont essayé d'en faire usage dans le traitement de l'éclampsie; enfin, MM. Lejars et Delbet dans les infections chirurgicales.

A l'Académie de médecine, en 1896, plusieurs orateurs ont pris la parole pour prôner l'excellence des injections salées dans le traitement des septicémies (MM. Pozzi, Porak, Tarnier, Péan, etc.). L'action de l'eau salée sur les globules blancs semble évidente; la leucocytose, qui est la caractéristique de toute infection, subit, à la suite des injections massives, une chute rapide.

Voici d'ailleurs les phénomènes généraux que l'on observe à la suite de ces injections : le pouls devient plus ample, plus fort, plus régulier, la respiration se fait plus profondément, une diurèse abondante se produit plus tard et après quelques phénomènes réactionnels (frisson, température élevée, etc.) tout tend à revenir à l'état normal et avec la température, qui subit une chute heureuse, le bien-être général.

Si l'efficacité du traitement de la fièvre puerpérale par les injections salées est loin d'être absolument prouvée, il est certain qu'elles diminuent momentanément du moins, la gravité de l'état, donnent de l'espoir aux malades et permettent aux chirurgiens de chercher par tous les autres moyens connus de combattre l'infection.

Lorsqu'on voudra procéder à ces injections massives on pourra les faire avec la solution suivante :

Eau distillée stérilisée.....	1 litre.
Chlorure de sodium.....	7 à 10 grammes.

L'outillage est des plus simples pour ces injections : on peut les faire ou dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines; dans le premier cas on choisira de préférence les régions riches en tissu cellulaire, tels les flancs, les régions lombaire et fessière.

Avec un bock à injection et une aiguille creuse adaptée au caoutchouc on parvient à faire pénétrer sous la peau la quantité voulue de liquide.

Mais l'écoulement dans ces cas est excessivement lent, et prend beaucoup de temps; aussi est-il préférable de se servir d'un appareil Potain, ou d'une grosse seringue, contenant 500 grammes de liquide.

Dans le cas où l'on voudra pratiquer une injection intra-veineuse, il faut au préalable mettre à nu par la dissection la veine (veines de l'avant-bras céphalique ou basilique), y faire une petite boutonnière et glisser peu à peu l'aiguille ou, ce qui serait préférable,

la canule taillée en biseau faite exprès pour ce genre d'opération sur les indications du Dr Olivier.

Pour finir notre très courte étude sur le traitement de la fièvre puerpérale, disons qu'on a cherché aussi à traiter l'infection puerpérale par la laparotomie et l'hystérectomie vaginale; mais rien n'est plus difficile que de poser ici les indications de ces deux opérations.

Pour faire la laparotomie il faut être sûr de la localisation uniquement péritonéale de l'infection. La péritonite survient encore quelquefois, mais bien rarement, et ce qui domine aujourd'hui c'est l'infection à forme septicémique et alors on ne voit pas bien le profit que l'on pourrait tirer d'une laparotomie.

Quant à l'hystérectomie, il est difficile aussi de voir à quel moment il faudra la pratiquer, est-ce dès le début des phénomènes infectieux ou après que les injections intra-utérines et le curettage se seront montrés inefficaces. En tout cas il semble que l'hystérectomie locale vaginale totale doit trouver plus d'indications que la laparotomie.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire en manière de conclusion qu'il vaut encore mieux prévenir qu'avoir à combattre la fièvre puerpérale et que si l'on a déjà le malheur de se trouver en présence d'un cas d'infection il faut agir dès les premières heures et ne pas perdre les instants précieux pendant lesquels le mal est encore localisé, circonscrit à la muqueuse utérine.

On peut être à même de juguler l'infection dès ses débuts, mais il suffit de temporiser pour que le mal devienne irréparable.

Emploi de l'holocaïne en ophtalmologie.

Par le Dr Emile Berger (de Paris).

L'honneur de la découverte de l'holocaïne revient à M. Täuber, privat-docent de chimie à l'Institut Polytechnique de Berlin. Sa composition chimique présente la formule suivante :

$$CH_3C \begin{cases} \diagup\!\!\diagup\ Az - C_6H_4OC_2H_5 \\ \diagdown\ AzH - C_6H_4O.C_2H_3 \end{cases}$$

Nous nous sommes servi du chlorhydrate d'holocaïne (P. diéthoxydiphenyléthényldiamine), dont l'action anesthétique locale fut constatée par R. Heinz (d'Iéna) et spécialement dans la thérapeutique oculaire par Hirschberg, Kuthe et Gutmann (de Berlin) et Deneffe et Claeys (de Gand). Ce sel est peu soluble dans l'eau froide, mais facilement soluble dans l'eau chaude. Il faut se rappeler que l'ébullition du chlorhydrate d'holocaïne ne peut s'effectuer que dans des vases de porcelaine ou des vases de verre bouillis au préalable dans de l'acide chlorhydrique; si l'on négligeait cette précaution, la substance alcaline du verre, se dissolvant en partie, passerait dans la solution d'holocaïne et ferait précipiter cette dernière. Le chlorhydrate d'holocaïne présente par lui-même des pro-

priétés bactéricides, par suite son association avec un antiseptique quelconque dans le but de conserver aseptique cette solution, est inutile.

Nous nous sommes servi dans nos recherches cliniques (les premières qui ont été faites en France) de solutions à 1/4, 1/2 et 1 0/0 de chlorhydrate d'holocaïne. Deux à quatre gouttes d'une solution faible (1/4 ou 1/2 0/0) instillées dans le sac conjonctival, ont suffi pour permettre de pratiquer des cautérisations de la conjonctive sans provoquer la douleur ou pour faire cesser le blépharospasme dans les affections de la partie antérieure du globe oculaire.

Quant aux opérations, nous avons trouvé que la méthode la plus pratique était celle de Deneffe et Claeys ; elle consiste dans l'instillation d'une goutte de solution à 1 0/0, suivie au bout d'une minute de l'instillation d'une deuxième goutte. La solution à 1 0/0 provoque d'abord une cuisson que la plupart de nos malades ont dit être insignifiante. Quelques-uns, entre autres, habitués aux cautérisations journalières à la pierre divine, n'ont même rien senti ; une hystérique seule accusa une forte douleur de très courte durée. Vingt-cinq à trente secondes après l'instillation d'holocaïne la conjonctive (et un peu plus tard la cornée) devient insensible d'abord au toucher et ensuite seulement à l'action de substances chimiquement irritantes et à la chaleur. La transition entre l'état, où la sensation thermique est encore perçue, sans que le malade se rende compte de sa qualité (chaud ou froid), et celui où la sensation thermique de la conjonctive est complètement abolie, se fait si rapidement dans l'anesthésie holocaïnique, que cette période de l'action de ce médicament (très courte déjà dans l'anesthésie cocaïnique) (1), où cependant sa durée est plus longue, peut très facilement échapper à l'observateur. L'anesthésie de l'œil holocaïnisé se développe non seulement plus rapidement que celle de l'œil cocaïnisé (à l'aide d'une solution à 2 0/0), mais elle persiste aussi pendant une période plus longue (18 à 20 minutes) et est d'une intensité au moins égale. La conjonctive redevient d'abord sensible aux irritations thermiques et ensuite seulement au toucher. La période, où la sensibilité est obtuse, est de deux à trois minutes. On peut même constater après le retour de la sensibilité, que l'œil holocaïnisé, cautérisé au sulfate de cuivre, manifeste une certaine hypo-algésie, si on le compare à l'autre œil, où la cautérisation est pratiquée sans anesthésie.

Pendant toute la durée de l'action de l'holocaïne, nous n'avons pu déceler (sauf des cas exceptionnels, où une très légère hyperémie se manifestait) aucun symptôme anormal, ni élargissement de la fente palpébrale, ni diminution de la fréquence du clignotement, ni altération du diamètre pupillaire, ni des réactions lumineuse, consensuelle ou accommodative de la pupille, ni l'humidité exagérée de l'œil. L'holocaïne agit de la même façon en présence d'une conjonctive hyperémiée ou granuleuse qu'en présence d'une conjonctive normale. Chez un malade cependant, qui avait contracté en Egypte un trachome très grave, l'insensibilité de la conjonctive se produisit avec un certain retard et ne dura que quinze minutes.

D'après Heinz, la dose toxique serait pour l'holocaïne de 1 centigramme, pour la cocaïne de 5 centigrammes et pour l'eucaïne de 75 milligrammes. Parmi ces trois anesthétiques locaux de l'œil, l'eucaïne est donc la moins toxique, l'holocaïne la plus toxique.

Malgré la grande toxicité de l'holocaïne, nous n'avons jamais, même chez des enfants,

(1) Voir Berger, *Société de biologie*, 14 janvier 1893.

observé le moindre symptôme fâcheux ; nous nous sommes servi de cet anesthétique local pour plusieurs raclages de la conjonctive trachomateuse, pour enlever des dépôts calcaires de la conjonctive ou des corps étrangers de la cornée, pour pratiquer des injections sous-conjonctivales, etc.

Nous croyons qu'une intoxication avec de l'holocaïne à la suite d'une anesthésie locale de l'œil ne serait guère à craindre. Cependant une certaine prudence dans son emploi est toujours à recommander surtout chez des enfants. La quantité d'holocaïne que nous employons n'est, dans la plupart des cas, que de deux gouttes de la solution à 1 0/0 ; même, si deux gouttes étaient avalées, le malade absorberait 1 milligramme d'holocaïne, c'est dire le dixième de la dose toxique.

On pourrait nous faire l'objection que la cocaïne, dont la toxicité est cinq fois inférieure à celle de l'holocaïne, employée en collyre en solution à 4 0/0, a provoqué parfois chez l'adulte des intoxications. En admettant même que, pendant une anesthésie cocaïnique, 5 à 10 gouttes d'une telle solution de cocaïne instillées dans l'œil eussent été avalées par le malade — et dans ce cas il faudrait considérer qu'il y a eu vraiment abus dans l'administration de la cocaïne comme anesthétique local de l'œil — le malade n'aurait absorbé que 1 à 2 centigrammes du médicament, dose nullement toxique (Fronmüller). Nous croyons qu'il faudrait plutôt envisager les symptômes décrits dans les cas en question (pâleur de la face, syncope, etc.) comme dus à l'appréhension provoquée par l'imminence de l'opération.

Les symptômes de l'intoxication par l'holocaïne, très bien étudiée par Heinz dans ses expériences faites sur des animaux, présentent beaucoup d'analogie avec ceux qu'on observe par l'intoxication par la strychnine : trismus, épisthotonos, crampes des extrémités et arrêt de la respiration à la suite de crampes respiratoires.

Certains symptômes semblables ont été aussi constatés dans l'intoxication par l'eucaïne ; ils ont été étudiés avec le plus grand soin par Ver Eecke (de Gand) (voir l'intéressant rapport du Pr Nuël sur ce travail lu à l'Académie Royale de médecine de Belgique, 1897, séance du 29 mai), dans ses expériences faites sur des animaux. On n'a jamais, dans de nombreux cas d'emploi de l'eucaïne par voie hypodermique, observé chez des malades, même des enfants, de symptômes fâcheux. Le fait, démontré expérimentalement sur les animaux, de la moindre toxicité de l'eucaïne comparée à celle de la cocaïne, se trouve confirmé par la clinique. Ver Eecke a constaté que des doses toxiques de chlorhydrate d'eucaïne finissent par paralyser le centre respiratoire : cette paralysie ne serait pas l'effet direct de l'eucaïne, mais tiendrait à l'asphyxie provoquée par les convulsions eucaïniques.

Il serait indiqué dans un cas d'intoxication holocaïnique de se servir des antidotes de la strychnine : morphine, hydrate de chloral, bromures, et de faire faire des inhalations de chloroforme. Dans des cas désespérés, on pratiquerait la respiration artificielle.

L'hydrate de chloral serait également indiqué dans l'intoxication eucaïnique. Ver Eecke a constaté qu'il y a antagonisme entre l'action de l'hydrate de chloral et celle du chlorhydrate d'eucaïne. L'injection hypodermique d'hydrate de chloral supprime, en effet, rapidement et l'injection intra-veineuse instantanément les convulsions eucaïniques. L'injection simultanée d'hydrate de chloral et d'eucaïne à dose convulsivante empêche les convulsions de se produire. La chloralisation de l'animal permettrait d'administrer impunément des doses d'eucaïne qui dépassent considérablement la dose mortelle. L'antagonisme entre l'hydrate de chloral et l'eucaïne serait, d'après Ver Eecke, physiologique et non chimique ; cet antagonisme ne serait pas réciproque.

Quant à l'action locale sur le globe oculaire, il y a encore à noter entre la cocaïne et l'holocaïne une différence qui a échappé à tous les auteurs qui ont expérimenté sur cette dernière. En instillant une goutte d'un mélange de cocaïne additionnée de pilocarpine ou d'ésérine, on provoque un myosis plus fort qu'avec le même collyre non additionné de cocaïne. L'association d'atropine à la cocaïne provoque de même, d'après nos expériences personnelles, une dilatation pupillaire plus durable que celle qu'on observe sur l'œil témoin dans lequel l'atropine seule est instillée. La mydriase plus accentuée de l'œil cocaïno-atropinisé peut durer jusqu'au lendemain. L'holocaïne, au contraire, mélangée avec un myotique ou un mydriatique, n'augmente nullement l'action de l'un ou de l'autre.

La cocaïne provoque, par le desséchement de la cornée, un ratatinement des cellules superficielles de l'épithélium cornéen (1). Des groupes de ces cellules à protoplasma succulent sont, par ce desséchement, séparés les uns des autres par des éraillures. Ces dernières éraillures de l'œil cocaïnisé communiquent avec les voies lymphatiques intra-épithéliales et intra-lamellaires du tissu cornéen. Aussitôt que le clignotement de l'œil cocaïnisé recommence, la résorption d'un collyre instillé dans le sac conjonctival se fait par ces éraillures dans le tissu cornéen et dans la chambre antérieure de l'œil.

Ces éraillures peuvent aussi constituer les portes d'entrée pour les microbes pyogènes. Un fait semblerait parler en faveur de cette hypothèse ; on constate que, si l'on pratique des cautérisations dans les cas de conjonctivite blennorrhagique, la tendance aux abcès cornéens est plus accusée, si l'on a pratiqué une cocaïnisation avant la cautérisation (Carter).

L'holocaïne ne provoquant pas un desséchement de la cornée, ne produit pas non plus d'éraillures de son épithélium, ne facilite en rien la résorption de mydriatiques ou des myotiques, et ne favorise pas la pénétration de microbes pyogènes dans la cornée. L'holocaïne, tout en présentant comme anesthésique local de l'œil les mêmes avantages que la cocaïne, n'a aucun de ses désavantages ou dangers. Nous croyons cependant que, vu la grande toxicité de l'holocaïne, elle ne pourrait jamais complètement évincer la cocaïne. L'holocaïne, l'eucaïne et la cocaïne auront, selon nous, chacune ses indications spéciales dans la thérapeutique oculaire.

Nous constatons, en effet, que l'action vaso-constrictrice de la cocaïne est très avantageuse, quand il s'agit de pratiquer des opérations sur des tissus vascularisés, mais elle présente des inconvénients dans les opérations sur la cornée qui n'est nourrie que par un anneau vasculaire périphérique. Chez des gens débilités surtout, l'abus et même l'usage bien réglé de la cocaïne peut entraîner des troubles cornéens persistants (qui sont peut-être dus en partie au sublimé, la pénétration de cet hydrargyrique dans le tissu cornéen est facilitée, en effet, par l'existence des éraillures mentionnées ci-dessus). Mellinger a prouvé, par des expériences faites sur des animaux, que la cocaïne retarde la guérison des plaies cornéennes. C'est à cause de cette constatation que nous avons recommandé l'emploi de l'eucaïne (2) mélangée avec de la cocaïne dans les opérations pratiquées sur la partie antérieure du globe. Nous n'avons, par notre formule, nullement eu la prétention d'améliorer l'anesthésie locale de l'œil, mais nous avons eu en vue de nous servir d'un mode d'anesthésie qui ne retarde pas la guérison des plaies cornéennes. Deneffe et

(1) Voir Berger, *Revue générale d'ophtalmologie*, 1894, n° 5.
(2) Voir Berger, *Société de biologie*, 30 mai 1896.

Claeys (1) qui ont également associé l'eucaïne à la cocaïne ont obtenu avec ce dernier mélange de très bons résultats.

Voici comment il faut formuler les indications de l'holocaïne, de la cocaïne et de l'eucaïne dans la pratique ophtalmologique :

L'holocaïne est indiquée dans toutes les opérations de la partie antérieure du globe et dans les cas où le malade, immédiatement après l'anesthésie locale du globe oculaire, est forcé de se servir de son œil.

La cocaïne est indiquée dans les opérations où on obtient l'anesthésie au moyen d'injections hypodermiques ou sous-conjonctivales. Chez des enfants ou chez des gens débilités, il y a à craindre une intoxication par la cocaïne ; il est préférable de se servir d'un mélange de la cocaïne et de l'eucaïne.

L'eucaïne, associée à la cocaïne selon notre formule (chlorhydrate de cocaïne et chlorhydrate d'eucaïne à 10 centigrammes, eau distillée 10 grammes) ou selon celle de Deneffe et Claeys (chlorhydrate d'eucaïne 10 centigrammes, chlorhydrate de cocaïne 5 centigrammes, eau distillée 5 grammes), est indiquée dans les opérations sur la cornée, et, dans tous les cas, où il y a à craindre des conséquences fâcheuses à cause de l'action vaso-constrictrice de la cocaïne.

BIBLIOGRAPHIE

Taeuber. *Centralblatt für prakt. Augenheilkunde*, février 1897, p. 54.
Hirschberg. *Centralblatt für prakt. Augenheilkunde*, 1897, fasc. de janvier, p. 30.
Kuthe. *Centralblatt für prakt. Augenheilkunde*, 1897, fasc. de février, p. 55.
Gutmann. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1897, n° 11, p. 165.
Heinz. *Centralblatt für prakt. Augenheilkunde*, 1897, fasc. de mars, p. 85.
Deneffe et Claeys. *Bull. de l'Acad. Roy. de méd. de Belgique*, séance du 27 mars 1897, p. 35.
Schlösser et Heinz. *Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.*, mai 1897.
Heinz. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril 1897.
Winselmann. *Klin. Wochenbl. f. Augenheilk.*, mai 1897.
Hirschfeld. *Ibidem.*
Löwenstamm. *Therapeut. Monatshefte*, mai 1897.

(1) Voir Deneffe et Claeys, *Bull. de l'Acad. Roy. de méd. de Belgique*, août 1896.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 Juin 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. Bardet communique à la Société un travail du Dr Paul Farina (de Menton), concernant les *antithermiques dans la tuberculose pulmonaire*. La plupart des antithermiques donnent des résultats nuls ou ne peuvent être indéfiniment prescrits sans inconvénients. Il y a deux ans, l'auteur fit des essais avec le premier sérum de Maragliano, aux doses de 5 à 10 centigrammes par injection et n'obtint, sur une dizaine de malades, aucun résultat favorable au point de vue de l'abaissement thermique : il est vrai que ces injections se sont montrées inoffensives, à part quelques poussées d'urticaire. Dans l'hiver 1896-97, les essais furent repris avec le nouveau sérum de Maragliano, aux doses de 1 centigramme tous les deux jours. Cette fois, sur 12 malades, il y eut 9 résultats négatifs (malades arrivés au second degré de la phtisie) : mais, chez 3 malades au début, l'action du sérum fut décisive. L'auteur ajoute à l'envoi de son travail trois tracés fort intéressants, montrant, sous l'influence des injections, un abaissement graduel de l'hyperthermie, jusqu'à la normale.

L'auteur rappelle que la méthode des injections phéniquées (1 à 2 centigrammes d'une solution au centième) donne aussi d'excellents résultats chez les tuberculeux fébricitants au début, et croit que ce procédé a été abandonné injustement.

En résumé, le sérum de Maragliano mérite l'attention des praticiens qui se trouvent en présence de tuberculose pure au début.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Le Gendre *sur le traitement des urémies*.

M. Huchard croit que le moment est venu de faire l'analyse de l'empoisonnement urémique, dont Bouchard a fait la synthèse. D'abord, il y a lieu de remarquer que dans l'urémie, s'il y a des substances *en trop* retenues dans l'organisme, il y en a aussi qui se trouvent dans l'urine en *quantité insuffisante*. Dans les périodes ultimes de l'affection, on observe parfois une *hypochlorurie* qui peut faire descendre le chiffre des chlorures de 10 grammes environ (chiffre normal) à 6 grammes et même 4 grammes par jour. Si cette hypochlorurie atteint un chiffre encore plus bas, *le pronostic est toujours grave*, surtout si le phénomène se manifeste subitement.

La variété des urémies se démontre encore par les résultats thérapeutiques. Comment se fait-il que l'urémie gravidique, presque toujours comateuse et convulsive, cède si manifestement au traitement par les saignées, alors que les urémies à phénomène de Cheyne-Stockes restent, dans l'immense majorité des cas, réfractaires à cette médication?

On voit aussi des *urémies associées*, au cours desquelles des infections microbiennes viennent faire apparaître des symptômes (myélites, par exemple) exceptionnels. Il est connu, depuis les remarquables travaux de Guyon, que l'urémie qui complique la cystite purulente, par exemple, présente des particularités qui la distinguent nettement des autres variétés d'urémie.

L'orateur attire ensuite tout spécialement l'attention sur un complexus symptomatique spécial dont il faut, à son avis, faire une affection à part. On voit souvent, vers 50 à 60 ans, apparaître des troubles d'arythmie cardiaque, avec congestion légère à la base des poumons et dyspnée intense qui apparaît la nuit ou au moindre effort. Les urines ne présentent pas d'albumine ou des quantités infinitésimales de cette substance. Ce serait une grave erreur de traiter ces malades par la digitale, et cependant cette erreur est journellement commise. Arythmie = digitale : cette équation absolue

fait malheureusement partie du bagage scientifique du praticien de nos jours. Ces malades présentent un *pseudo-asthme d'origine rénale* : c'est une *dyspnée toxi-alimentaire*. L'orateur a adopté ce terme qui fait ressortir l'étiologie de l'affection : la réalité de l'existence de cette variété d'urémie est démontrée par l'efficacité du traitement. La dyspnée « *d'effort et nocturne* » disparaîtra dans un délai de vingt-quatre heures à cinq jours par le *régime lacté exclusif*, et réapparaîtra si l'on autorise à nouveau l'alimentation carnée. Cette dyspnée est *exogène*, la dyspnée urémique vraie est *endogène*, et sur 20 asthmes séniles, on peut en ranger 10 dans cette catégorie. Comment expliquer cette dyspnée qui s'accompagne de lésions peu accentuées, alors que tant de lésions rénales graves ne présentent pas de complications dyspnéiques? L'orateur n'est pas éloigné d'admettre que cette dyspnée soit d'origine *hépatique*. Des auteurs russes, abouchant, sur des chiens, la veine porte à la veine cave, ce qui permet le passage direct des poisons alimentaires de l'intestin dans le sang, et de là dans le rein, ont constaté que lorsqu'on donne à ces chiens de la viande, on voit bientôt se développer une dyspnée intense. On pourrait donc invoquer, chez les malades dont il est question, une lésion hépatique.

Un caractère distinctif des toxines alimentaires, c'est l'*action vaso-constrictive* des plus marquées qu'elles exercent. Les malades sont pâles, leur pouls est cordé, ils maigrissent rapidement : ils s'empoisonnent par la viande, et tous les accidents disparaissent rapidement avec un changement radical dans leur alimentation. Les accidents observés sont symptomatiques, d'une sclérose qui mettra des années à évoluer, mais qui est fatale. Le régime institué sera le suivant : huit jours de régime lacté absolu, puis un régime lacté mitigé (lait 1 1/2 litre, légumes et œufs). Peu à peu on permettra la viande, *mais jamais le soir*, car la dyspnée est surtout nocturne. Le bouillon, les aliments gras, les poissons de mer, les fromages avancés seront prohibés. Comme traitement médical, donner dès le premier jour la *théobromine*, aux doses de 50 centigrammes en cachets (quatre à cinq cachets par jour). De temps en temps, on voit apparaître des accidents (diarrhées, météorisme, etc.). On s'adressera alors aux purgatifs, à l'entéroclyse : l'évolution lente de l'affection finit par l'urémie endogène, au cours de laquelle le régime lacté n'est presque plus efficace; la dyspnée prend alors le caractère de Cheyne-Stockes.

La dyspnée toxi-alimentaire se manifeste parfois par des accidents suraigus, tuant le malade qui a fait un écart de régime en vingt-quatre à quarante-huit heures : cette question a parfois une importance médico-légale, car il peut arriver que l'entourage croie à un empoisonnement criminel. Cette dyspnée peut aussi se développer à la suite de voyages en chemin de fer, de courses à bicyclette; la trépidation à laquelle sont soumis les organes génito-urinaires provoque sans doute dans cette région une congestion intense qui ferme le rein déjà atteint.

Si donc on se trouve en présence de troubles de cette catégorie, on recommandera le régime alimentaire ci-dessus : la même règle sera observée si l'on craint une sclérose à venir.

En terminant, l'orateur constate que le nitrite d'amyle ne présente aucune action antidyspnéique chez les malades dont il a parlé.

M. Gallois fait ressortir la grande importance de la *tension artérielle dans l'urémie* : il présente à ce sujet un sphygmomanomètre de son invention, au moyen duquel on peut déterminer la pression nécessaire pour faire disparaître le pouls de la crurale. Cet examen rendra les plus grands services dans les cas où les symptômes urémiques restent dans l'ombre, par suite de la présence d'accidents d'autre nature.

M. Huchard s'est servi de trois sphygmomanomètres différents : il n'a pas été satisfait de leur emploi et préfère déceler l'hypertension vasculaire, qu'il est plus utile de constater que de mesurer, par l'auscultation de la base du cœur : on trouvera toujours, en cas d'hypertension, une augmentation des seconds bruits, à droite du sternum s'il s'agit de l'aorte, à gauche s'il s'agit de la pulmonaire.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance (deuxième mercredi d'octobre).

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

De l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré, par A. Gilbert et P. Carnot. (*Semaine médicale*, n° 24, p. 189, 1897.) — Le procédé recommandé par Gilbert et Carnot consiste dans l'administration, par voie rectale, d'extraits de foie préparés de la façon suivante : on écrase dans un moulin à viande 100 à 150 grammes de foie de porc frais, que l'on fait macérer deux heures dans 200 à 250 grammes d'eau tiède (35° à 38°); on filtre à travers plusieurs doubles de mousseline et on exprime par torsion.

Le lavement tiède est généralement bien toléré; au cas contraire, on le fractionnerait.

Par voie gastrique on administre dans du bouillon tiède 100 grammes de foie râpé ou pulpé.

Les cas de diabète soumis à l'opothérapie étaient assez dissemblables : à côté de diabètes maigres, probablement à lésions pancréatiques, il s'est trouvé des diabètes gras arthritiques; à côté de diabètes pigmentaires, à lésions diffuses, d'autres paraissaient intimement liés à des lésions hépatiques. Or, de ces cas, les uns ont été améliorés, les autres guéris; d'autres enfin n'ont retiré de cette médication aucun bénéfice durable.

Les cas les plus favorablement influencés étaient les diabètes, plus spécialement hépatiques, avec gros foie, cirrhose, etc.

En somme sur douze cas, trois fois il y a eu baisse initiale, mais passagère de la glycosurie sans amélioration persistante; cinq fois des améliorations partielles, mais durables; quatre fois enfin s'est produite une cessation, au moins provisoire de la glycosurie.

G. Lyon.

Traitement du rhumatisme articulaire chronique. (*Congrès de médecine interne Berlin*, 9 — 12 juin 1897.) — Le Pr Ott (de Prague) considère que l'influence nocive principale revient, dans l'étiologie du rhumatisme chronique, aux conditions d'habitation : ces faits sont du reste d'observation courante. Le refroidissement, l'exposition à l'humidité, les brusques variations de température, doivent être évités et leur action combattue par les frictions sèches, avec réaction énergique. L'alimentation doit être soigneusement réglée; on évitera les hydrocarbures, et comme boisson on recommandera l'eau pure et surtout le lait en abondance. Les alcooliques sont franchement nuisibles.

En cas d'accès intercurrent aigu, on s'adressera aux liniments chloroformés, aux injections de morphine; en cas d'épanchement articulaire considérable, on n'hésitera pas à ponctionner.

Les salicylates à l'intérieur n'ont aucune action sur l'*arthrite déformante*, dénomination préférable à celle du rhumatisme articulaire chronique, du rhumatisme noueux : le salol, l'antipyrine, la phénacétine, le phénocolle, la malakine, etc., sont d'une efficacité assez marquée au début.

Les cures balnéaires, que l'on interrompera si elles provoquent des accès aigus, seront recommandées sous les formes suivantes : eaux thermales chaudes, bains de boue, de sable chaud, de vapeur sèche, bains de soleil : la chaleur constituera le principe efficient, et il sera indiqué d'atteindre des températures aussi élevées que possible, pour obtenir une congestion intense des téguments entraînant une décongestion des organes internes. La soustraction des liquides par la sudation excite les échanges organiques.

Les *thermes indifférents* (Teplitz, Wildbad, Pfaffers, etc.) sont indiqués quand l'arthrite déformante se complique d'éréthisme du système nerveux; les *thermes salins* (Wiesbaden, Krevznach, etc.), peuvent aussi rendre des services : quant aux *thermes sulfureux*, ils constituent la médication de choix. Pour l'orateur, ce n'est pas tant la teneur en hydrogène sulfuré que la

haute thermalité qui est efficace (Aix-les-Bains, Aix-la-Chapelle, Baden près de Vienne, etc.).

Les *bains de boue* agissent de même par leur haute thermalité et par l'irritation cutanée que provoquent les sels minéraux contenus dans les boues. En cas d'artério-sclérose ou de faiblesse organique, on se contentera d'applications locales.

Les *bains de sable* de 42° à 56° ont de grands avantages, car l'extrémité céphalique échappe à l'action du bain.

Les *bains de vapeur* doivent être administrés avec prudence, l'appareil circulatoire doit être intact, et l'anémie constitue une contre-indication formelle.

Les *bains de soleil*, soit à l'air libre, soit dans un local vitré, commencent à être appréciés des malades; il en est de même de l'*appareil Tallerman-Sheffield*.

Les procédés hydrothérapiques seront utiles pour amener peu à peu les malades à l'hydrothérapie froide, car l'usage prolongé des bains chauds diminue la résistance de l'organisme et affaiblit les malades.

Le *massage*, les *mouvements actifs et passifs*, les *appareils de Zander*, l'*électrothérapie* concourent à diminuer l'infiltration inflammatoire et à rendre aux articulations leur souplesse.

Les *cures climatériques* (Battaglia, Ischia, l'Algérie, etc.) ne doivent pas être passées sous silence.

Le *traitement interne* se bornera aux toniques, à l'iodure de fer, à l'huile de foie de morue.

De la discussion qui a suivi la lecture de cette communication, nous retiendrons les assertions de Schuller (de Berlin), qui fait, dans les articulations atteintes, des injections d'une émulsion d'iodoforme additionnée de gaïacol, aux doses de 5 à 15 grammes (16 guérisons sur 29 cas). Ces injections sont très douloureuses; il faut intervenir trois à sept fois quand il s'agit des grandes articulations. Pour les petites articulations une seule injection suffit souvent. Schüller procède aussi parfois à l'ouverture de l'article avec extirpation des fongosités (16 cas, dont 11 d'arthrite du genou) : au bout de quinze jours déjà, une amélioration manifeste s'observe : jamais de récidive.

E. Vogt.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Les appareils de marche dans les fractures de jambe, par le Dr P. Reclus. (*Académie de médecine*, in *Gazette des hôpitaux*, 17 juin 1897.) — Depuis dix-neuf ans, on applique en Allemagne le traitement ambulatoire pour les fractures de jambe, de cuisse et les ostéoclasies. En France, on s'est fort peu occupé de ce mode thérapeutique que M. Reclus a entrepris d'y introduire aujourd'hui, du moins en ce qui concerne les fractures de jambe, tout en mentionnant un travail antérieur sur ce sujet, fait par M. Cestan (1). La consolidation osseuse en bonne position n'est pas le seul résultat à obtenir dans le traitement des fractures. M. L. Championnière nous a appris l'importance qu'il y a à masser les muscles, à faire jouer les tendons et à faire la mobilisation articulaire précoce. Il y parvient par le massage. Le traitement ambulatoire, imaginé par Hessing (Congrès de Cassel, 1878), aboutit au même résultat et réalise un progrès en ce que certains malades, pour lesquels le séjour au lit constitue un réel préjudice, peuvent dès les premiers jours après l'accident vaquer à leurs occupations. L'appareil de marche leur permet en effet, en prenant un point d'appui au-dessus du foyer de la fracture, où il reçoit le poids du corps et portant directement sur le sol, d'autre part, de marcher sans difficulté avec ou sans tuteurs, en s'appuyant sur le membre fracturé. Le premier jour, on applique sur la *fracture de jambe*, préalablement réduite, l'appareil plâtré ordinaire, que l'on fait plus léger et dont l'extrémité supérieure s'arrête au-dessous du genou. Le gonflement seul contre-indique la pose immédiate de ce premier appareil. Le lendemain de son application, on enlève les bandes de toile et on place l'appareil ambulatoire. Celui-ci, fort simple, consiste en une lame de fer ou de zinc résistante et formant étui, dont les branches atteignent supérieurement le chapiteau du tibia, à trois travers de doigt environ au-dessous de l'interligne articulaire du genou, tandis que l'extrémité inférieure, taillée en forme de semelle, dépasse de 3 ou 4 centimètres la plante du pied et reposera directement sur le sol. On conçoit que la fracture sera comme suspendue en état d'immobilisation, une fois l'ap-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 465.

pareil en place. Pour le fixer, il faut encore deux contreforts avec seize à dix-huit épaisseurs de tarlatane, longs de 25 à 30 centimètres, larges de 7 à 8. Ces contreforts sont placés sur les côtés de la jambe, à sa partie supérieure, de façon à ce que par en bas ils recouvrent de quelques centimètres la première gouttière plâtrée et remontent en haut vers le genou et la partie inférieure de la cuisse. Un aide fixe alors la gouttière de zinc en forme d'étrier, qui constitue la partie essentielle de l'appareil. Celle-ci doit venir s'encastrer dans le lit plâtré des contreforts, par ses extrémités supérieures. Une bande de tarlatane plâtrée fixe le tout en place; on rabat les parties libres des contreforts sur les lames de zinc et on les assujettit par des tours de bande plâtrée. Par-dessus le tout, on applique des bandes de toile qui sèchent et consolident l'ensemble de l'appareil. Le poids du corps portant sur l'appareil métallique, au niveau de l'évasement tibial, la fracture est donc soustraite à toute pression et la marche est possible. Des résultats surprenants sont signalés par l'orateur, qui a pu faire marcher des malades et leur faire franchir de longues distances dans la première semaine après le traumatisme. Il suffit ensuite de surveiller les blessés étroitement pour éviter la formation d'escarres et quant aux mouvements légers inévitablement transmis à la fracture pendant la marche, ils traiteraient plutôt la consolidation qui s'effectue sans atrophie musculaire et sans raideurs, à l'encontre de ce qui se voit avec l'appareil plâtré classique.

AUG. BENOIT.

Traitement des fractures de la rotule, par M. PEYROT. (*Société de chirurgie*, 9 juin 1897.) — M. Peyrot signale l'état particulièrement fragile de la rotule chez quelques individus. Il a vu jusqu'à cinq et six fois l'os se casser à des niveaux différents, ce qui éloigne l'idée de récidive *in situ*. D'un autre côté, il a vu la récidive vraie se produire après la suture; elle entraîne l'éclatement des fils métalliques, comme l'intervention et la radiographie permettent de s'en rendre compte. Pour ces raisons, cet auteur proclame le *cerclage* de la rotule supérieur à la suture; il lui est arrivé d'employer à la fois et la suture au fil de platine et le cerclage. M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE prétend de son côté que la suture est le meilleur mode de traitement et qu'il n'a jamais eu à noter d'insuccès toutes les fois qu'il a pu suffisamment rapprocher les fragments. Il préconise en outre la mobilisation précoce, du dixième au dix-huitième jour.

AUG. BENOIT.

Résection bilatérale du grand sympathique cervical, dans le goitre exophtalmique, par les Drs RECLUS et FAURE. — Voici une nouvelle observation qui vient s'ajouter à celle des initiateurs de la nouvelle méthode ci-dessus énoncée, MM. Jaboulay (de Lyon) et Jonnesco (de Bucarest) : Femme chez laquelle la maladie s'est lentement développée, en dix années, à la suite d'une très violente émotion.

L'exophtalmie est telle que les paupières ne peuvent plus recouvrir les globes oculaires et que la cornée s'exulcère. Pouls de 120 à 180. Corps thyroïde régulièrement hypertrophié. Etat cachectique. M. Faure fait à droite une incision de 12 centimètres, en arrière du sterno-mastoïdien, écarte le muscle en avant et arrive sur les apophyses épineuses; les nerfs du plexus cervical, couchés sur les muscles vertébraux, sont mis à nu avec la sonde cannelée. On arrive alors sur les corps vertébraux en avant et on découvre le paquet vasculo-nerveux du cou, carotide, jugulaire, pneumogastrique qui sont réclinés en avant. Immédiatement en arrière on trouve le *ganglion cervical supérieur* que retiennent contre la colonne vertébrale ses anastomoses avec le plexus cervical profond.

On sépare ce ganglion de ces vaisseaux avec les ciseaux courbes et il suffit de le tirer à soi, en dégageant le cordon du grand sympathique qui le suit. M. Faure en résèque 6 centimètres environ, en sectionnant au-dessous d'un plexus qui tenait lieu de ganglion cervical moyen (Jonnesco avait, dans ses opérations, fait porter la section encore plus bas). Ligatures inutiles, aucun vaisseau important n'ayant été ouvert. Réunion de la peau au crin de Florence. Durée sept minutes. Du côté opposé, mêmes manœuvres, compliquées par l'extirpation de ganglions tuberculeux. Durée vingt minutes.

Le résultat a été des plus remarquables; l'exophtalmie a considérablement diminué; la malade pouvant fermer les yeux; la circonférence du cou est bien moindre. Quant au pouls, il est tombé au-dessous de la normale et l'état général s'est transformé. L'amélioration sera-t-elle définitive? C'est ce que les auteurs se demandent en exprimant le désir de connaître les résultats éloignés des interventions pratiquées par les confrères qui les ont précédés.

AUG. BENOIT.

Traitement conservatoire de la carie dentaire. (*Thérapeutique moderne russe*, nos 4 et 5, 1897.) — On sait que, jusqu'à il y a quelque temps, pour guérir la carie dentaire on était obligé tout d'abord de tuer le nerf et puis ensuite de plomber la dent, ce qui exigeait un

certain nombre de séances. Abraam a inventé une préparation particulière, la *formagène*, grâce à laquelle le traitement de la carie dentaire est notablement simplifié et peut être fait en une seule séance; en outre la formagène supprime de suite la douleur et permet de ne pas tuer le nerf.

Kohn, a expérimenté la formagène dans 42 cas et les résultats qu'il a obtenus sont absolument démonstratifs.

La formagène est un ciment composé d'une poudre et d'un liquide. La poudre est composée essentiellement de chaux obtenue par la calcination du marbre et de sels iodés; le liquide représente un mélange d'eugénol, d'acide phénique cristallisé et de lysol. La poudre et le liquide sont saturés par le gaz de formaldéhyde. En les mélangeant on obtient un ciment qui se solidifie en l'espace de quelques minutes. Etant donnée la composition du ciment, on s'explique facilement son action : l'eugénol et l'acide phénique calment la douleur, le formaldéhyde tue les microbes et les préparations iodées dessèchent la pulpe. La manière de procéder est assez simple : après avoir enlevé la dentine ramollie, on applique sur la pulpe doucement, sans exercer de pression, le ciment formagénique. Au bout de cinq à huit minutes, lorsque le ciment est complètement solidifié, on peut plomber la dent soit avec du ciment, soit avec de l'amalgame.

B. Taft.

L'irrigation rectale à double courant, par Robert Coleman Kemp. (*New-York med. Jour.*, 13 mars 1897.) — Le principe de l'irrigation à double courant est très ancien. On a déjà décrit beaucoup de modèles de ces irrigateurs. Celui de l'auteur se compose de deux tubes s'emboîtant l'un dans l'autre. Le tube intérieur est ouvert au bout de l'instrument, le tube extérieur est muni de deux ouvertures latérales. L'irrigateur est généralement en verre ou en caoutchouc dur ou mou. Le tube le plus court a 12 centimètres et demi de long et de 1 à 2 centimètres de diamètre. Le plus long tube, le tube rectal, est toujours flexible, il a 1 centimètre et demi de diamètre pour les adultes sur 30 à 35 centimètres de longueur. Pour les enfants, 1 centimètre de diamètre sur 20 centimètres de long. La valeur de ces irrigations dans les maladies chroniques du côlon est hors de doute. Les solutions chaudes à 40° sont préférables aux froides. L'auteur a employé les solutions suivantes :

A. Eau de graine de lin. 7 à 8 grammes de graines de lin dans 1 litre d'eau. Faire bouillir et filtrer.

B. Solution salée normale. 4 grammes de sel dans un demi-litre d'eau.

C. Solution salée avec de l'huile de menthe ou de l'huile de cannelle (de cinq à quinze gouttes dans un demi-litre d'eau).

D. Eau bouillie.

E. Acide borique, 2 à 4 grammes dans un litre, parfois dans un demi-litre d'eau.

F. Permanganate de potasse, 18 centigrammes dans 2 litres d'eau.

G. Bichlorure de mercure à 1/10000.

Les solutions *A*, *B*, *C*, *D*, ont été employées pour des traitements prolongés et avec une durée moyenne d'une heure par séance.

2 ou 4 litres de la solution *E*, une ou deux fois par jour. 2 litres de la solution *F*, deux fois par jour. Pendant trois jours consécutifs 2 litres de la solution *G*, une fois par jour, comme dans la colite membraneuse.

Les cas traités par l'auteur comprennent la colite simple catarrhale, la colite membraneuse, la dysenterie aiguë et chronique, la constipation chronique, la rétention fécale, l'entérite fébrile; les grandes irrigations rectales ont parfois réussi dans les attaques d'éclampsie et dans l'urémie.

Par la méthode que le Dr Kemp nomme la méthode *circulaire*, on peut faire parvenir le liquide jusqu'au cæcum. Lorsque le rectum est bien vidé, on couche le malade sur le côté gauche, en lui soulevant les cuisses : on lui fait une irrigation, on lave le côlon descendant, en laissant les gaz s'échapper. On place ensuite le tube de retour et on fait pénétrer un litre de la solution; on tourne alors peu à peu le patient sur le côté droit, en soulevant toujours les cuisses, et on introduit le second litre de liquide. Enfin, on soulève graduellement le patient pour arriver à le faire asseoir. On enlève le tube de retour; il s'échappe la valeur d'un litre, et le malade garde le second litre. Il ressent une sensation de plénitude dans le cæcum. La percussion révèle à ce niveau une sonorité nouvelle. On enlève le tube et, quelque temps après, il se produit des contractions intestinales. Le lendemain, on renouvelle l'opération, on fait garder également un litre, les signes physiques sont identiques. On change alors de procédé. On laisse s'échapper aussi le second litre : les signes physiques disparaissent.

On peut nettoyer, par ce moyen, toute la région du côlon et préserver celui-ci de toute absorption septique.

R. Blondel.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON
Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Bronchite chronique streptococcique; efficacité du sérum antistreptococcique, par G. Carrière. (*Presse médicale*, n° 46, p. 258, 1897.) — Il s'agissait d'une femme de 34 ans, atteinte de bronchite chronique avec bronchectasie. Tous les traitements usuels ayant échoué et l'examen bactériologique ayant démontré dans les crachats la présence pour ainsi dire exclusive du streptocoque, le Dr Carrière eut l'idée d'avoir recours au sérum antistreptococcique. Deux injections de 10 centimètres cubes furent faites à huit jours de distance. Le soir et le lendemain de la première injection la fièvre s'exagéra, mais elle retomba bientôt et à partir de ce moment une amélioration se produisit. La quantité des crachats diminua considérablement de 150 à 30 grammes par jour, de purulents ils devinrent muqueux; enfin la toux se calma, l'oppression également. L'appétit revint et la malade reprit ses forces.

G. Lyon.

De la digitale dans la pneumonie. (*Journal de médecine militaire*, n° 3. 1897.) — Zamouravkine dans trente-deux cas de pneumonie, administre la teinture de digitale dès l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'à la résolution.

La digitale fut toujours bien supportée; on n'a constaté des troubles intestinaux que dans deux cas.

Quant au résultat thérapeutique, l'action de la digitale commença à se manifester déjà douze heures après l'administration, par l'amélioration très prononcée de l'état général, la diminution de la dyspnée et la disparition de la cyanose. En outre, les fonctions cardiaques se régularisaient, le pouls devint rare et plein, la température s'abaissa un peu. La durée de la maladie diminua d'environ trente-six heures.

C'est, donc, un résultat très favorable qu'on obtient, d'après l'auteur, par la digitale. Il explique cette action favorable par l'amélioration de la petite circulation et l'élimination plus énergique des toxines qui seraient déterminées par une diurèse exagérée.

B. Taft.

Remarques nouvelles concernant le traitement de la phtisie pulmonaire. (*Therap. Monatshefte*, juin 1897.) — Volland (de Davos) revient sur un sujet déjà traité par lui : la suralimentation recommandée par des auteurs nombreux pour combattre indirectement la tuberculose, ne produirait que de l'atonie gastrique et nuirait ainsi au malade, qu'il faut essayer de guérir de sa tuberculose avant de songer à relever sa nutrition.

L'auteur est en outre un partisan du repos au lit absolu pour les phtisiques fébricitants : cette pratique est sans inconvénient dans les climats d'altitude, car le malade confiné au lit y conserve son appétit : on ne permettra au phtisique de se lever que lorsque la température axillaire vespérale n'atteint pas 37°. (Pour Volland cette dernière température constitue pour le phtisique la limite, qui ne doit pas être dépassée si on veut pouvoir le considérer comme apyrétique.)

L'exposition à l'air libre, après le coucher du soleil, doit aussi être soigneusement évitée; les malades devront de même garder la chambre lorsque le temps est mauvais, que le vent est violent, l'air très humide : l'omission de ces prescriptions est la cause d'accidents nombreux (augmentation de la toux, apparition de névralgies, etc.). Il ne faut pas faire faire à des malades ce que l'on défendrait à des bien portants.

En résumé, la systématisation rigoureuse du traitement, très en honneur dans plusieurs sanatoria, paraît à l'auteur fort condamnable; il en est du traitement de la tuberculose comme de toutes les méthodes thérapeutiques, chaque cas particulier demande à être étudié avec soin.

E. Vogt.

Traitement des pleurésies. (*Thérapeutique moderne russe*, nos 4 et 5, 1897.) — Schenguelidzé propose l'iodoforme dans le traitement des pleurésies de nature tuberculeuse, qu'il s'agisse de pleurésies séreuses, séro-fibrineuses, séro-sanguinolentes ou même suppurées. La manière d'introduire l'iodoforme dans la plèvre est la suivante. Dans les pleurésies sereuses, séro-fibrineuses et hémorragiques on injecte avec la seringue de Pravaz soit de la glycérine, soit de la vasogène iodoformée en telle quantité que la quantité d'iodoforme pur soit de 1 à 1 gr. 50 par jour. Dans les pleurésies suppurées il est à désirer de remplacer la sécrétion purulente par de l'eau distillée contenant de l'iodoforme en suspension. Les avantages de son procédé consistent d'après Schenguelidzé en ceci qu'on ne fait pas subir au malade de traumatisme considérable (la résection de côtes par exemple) et qu'on peut traiter la plèvre comme une plaie ordinaire en la saupoudrant d'iodoforme, ce qui arrête la sécrétion de la surface ulcérée et paralyse le bacille tuberculeux en diminuant sa vitalité.

B. Taft.

Traitement des troubles cardiaques associés à la sclérose des vaisseaux. (*Berl. klin. Wochensch.*, 29 mars 1897.) — Le Pr Rumpf (de Hambourg), dans un travail intéressant, remarque que jusqu'ici on n'a point fait suffisamment attention à la calcification de l'artère coronaire et des autres artères et il cherche s'il n'y aurait pas un moyen d'y porter remède. La question touche la physiologie nutritive, tout traitement doit donc être diététique. Celui que le Pr Rumpf a institué est basé sur l'élimination, autant que possible, des principes calcaires contenus dans la nourriture, et sur l'administration de médicaments qui paraissent augmenter l'excrétion de ces principes par les intestins ou les reins.

Il conseille le régime suivant :

Viande	250	grammes.
Pain	100	—
Poisson	100	—
Pommes de terre	100	—
Pommes	100	—

Ce qui représente 93 grammes d'albumine, 14 grammes de graisse, 93 grammes d'hydrate de carbone, et correspond à un calorique de 892. En y ajoutant 100 grammes de beurre, on peut élever le calorique équivalent à 1,700 et en ajoutant 100 grammes de crème et 50 grammes de sucre, à 2,200. Comme boisson, il conseille l'eau bouillie, car elle contient une moindre quantité de chaux.

Pour hâter l'élimination des sels calcaires, le Pr Rumpf prescrit une poudre de citrate, bicarbonate et chlorate de sodium, ce qui augmente la quantité des urines, et par ce fait, le produit total de chaux excrétée. On peut ainsi, constate-t-il, en donnant des sels de sodium, faire dissoudre une plus grande quantité de phosphates, et il suggère que la même influence peut être exercée sur le sang et la lymphe. Il ne conseille pas, néanmoins, d'administrer ces médicaments d'une façon continue, mais réglée suivant l'alcalinité de l'urine, et il conseille aussi de varier le régime de temps en temps. L'auteur constate que cette méthode n'est d'aucun effet dans les troubles cardiaques dus à la sclérose des reins et, tout en considérant ce traitement comme indiqué dans ces cas, il ne conseille pas de l'employer à l'exclusion d'autres remèdes, indiqués rationnellement, et avec lesquels il n'est pas nécessairement incompatible.

R. Blondel.

Traitement des anévrismes par des injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse. (*Académie de médecine*, séance du 22 juin.) — On sait que la guérison spontanée des anévrismes s'effectue grâce à la formation de caillots dans le sac dont la cavité se rétrécit et finit par disparaître. Le but idéal de la thérapeutique des anévrismes doit donc être de favoriser l'effort de la nature, c'est-à-dire la formation des caillots.

Dans cet ordre d'idées, M. Lancereaux, s'inspirant des expériences de Dastre sur l'influence des solutions de gélatine sur la coagulabilité du sang, a tenté la cure d'un anévrisme volumineux par l'injection sous-cutanée d'une solution gélatineuse.

Il s'agit d'un homme de 46 ans, ancien paludique, atteint depuis deux ans d'un anévrisme lié à une aortite en plaques d'origine paludique.

Cet anévrisme se révéla d'abord par des douleurs névralgiques et angineuses intenses. Quand le malade se présenta à l'auteur, il présentait une tumeur grosse comme une tête d'enfant, de 12 centimètres dans le sens vertical et 12 centimètres 5 dans le sens transversal. Cette tumeur a érodé les deuxième, troisième et quatrième cartilages droits, l'extrémité des côtes correspondantes et une grande partie du sternum. La masse est animée de battements, les douleurs sont très vives, la peau s'amincit de plus en plus, le danger devient imminent. M. Lancereaux, le 20 janvier, pratique dans le tissu sous-cutané de la fesse gauche une première injection de 55 centimètres cubes d'une solution stérilisée de gélatine à 1 0/0 dans une solution de NaCl à 1 0/0 maintenue à 37°.

A la suite, il se produit un peu de rougeur à l'endroit de l'injection, et la température monte à 38°. Le lendemain, la tumeur est manifestement plus ferme, les battements sont éloignés. Les jours suivants la tumeur diminue, les douleurs disparaissent, mais bientôt cette tumeur reprend ses dimensions primitives, les parois redeviennent molles, on sent de nouveau le sang battre sous la peau, les douleurs intercostales réapparaissent.

Une nouvelle injection de 150 grammes est faite le 10 février, de la même façon que la première, sans réaction locale ou générale. Depuis lors il a été fait douze injections semblables du 10 février au 7 mai, de 160 centimètres cubes chaque fois.

Aujourd'hui la tumeur a diminué de volume (2 centimètres dans le sens vertical et 1 centimètre dans le sens transversal), elle est très ferme et par la palpation on y perçoit des battements, mais ce sont des battements en masse, transmis par l'aorte et non des battements d'expansion, comme ceux que le malade présentait autrefois. Les douleurs ont disparu et le malade a pu quitter l'hôpital.

P. Blondel.

Progrès du traitement des maladies chroniques du cœur. (*New-York med. Record*, 13 mars 1897.) — Le Dr Beverley Robinson discute quelques points importants se rapportant à ce sujet. A une époque où la mode est au traitement actif des maladies de cœur, il est intéressant de voir préconiser la nécessité impérieuse du repos dans plusieurs cas. Si le traitement actif est absolument indiqué dans certaines circonstances appropriées, il peut devenir plus ou moins nuisible si on en fait usage sans discernement. Le Dr Robinson montre que le traitement du travailleur pauvre peut grandement différer de celui de l'oisif riche ou du penseur qui se sert peu de ses muscles. Le fond d'énergie du sujet débilité est souvent épuisé par le même effort musculaire qui, au contraire, sera nécessaire pour rétablir l'équilibre de la circulation chez le sujet dont la profession est moins pénible. L'auteur recherche ensuite, avec une grande compétence, si, dans l'emploi des bains, il est utile de leur donner une composition particulière. Il est de toute évidence que les bains salins effervescents de Nauheim possèdent des propriétés chimiques et physiques qui les rendent particulièrement profitables pour le traitement des cas de maladies chroniques du cœur : mais, il est non moins incontestablement évident que le fait de se baigner dans une eau de température appropriée, sans considération d'aucune composition chimique, a aussi un effet bien marqué sur la circulation, soit en la soulageant, par la dilatation vasculaire périphérique, soit en excitant le cœur à faire plus d'efforts quand la température est baissée. L'emploi des températures plus basses est indiqué quand on ajoute à l'eau des stimulants de la peau, tels que des sels et de l'acide carbonique. Pour ce qui concerne le traitement de l'hypertension des artères, le Dr Robinson trouve qu'on attache trop d'importance à sa réduction, et, dans des cas de sclérose artérielle généralisée, il considère un certain degré d'hypertension comme désirable pour indiquer la puissance du cœur à combattre la résistance périphérique. L'expérience et le jugement des médecins devront résoudre cette question dans chaque cas individuel. Toute tension nuisible, quand elle existe, produit des désordres qui en dépendent plus ou moins, sa réduction semble alors rationnellement indiquée. Quant au mode d'action de la nitroglycérine, le Dr Robinson tend à la considérer tout à la fois comme un stimulant cardiaque et un dilatateur vasculaire, opinion qui paraît prendre la place de celle qui attribuait le rôle principal à l'élargissement des artérioles.

R. Blondel.

Maladies du système nerveux.

Dr R. Sémelaigne

Ancien interne des hôpitaux.

Utilisation thérapeutique des excitations sensorielles acoustiques dans le traitement gymnastique des troubles de la motilité, et plus spécialement de l'ataxie des tabétiques. (*Therap. Monatshefte*, juin 1897.) — Gräupner (de Nauheim) rappelle ce fait connu que les bègues cessent de bégayer lorsqu'ils chantent : la mémoire musicale vient influencer favorablement le centre de la coordination.

Pour appliquer ce principe aux troubles de coordination des mouvements chez l'ataxique, l'auteur s'est arrêté à l'ingénieux dispositif suivant, dont nous donnons ici l'idée générale. L'ataxique doit s'efforcer de marcher en ligne droite sur une planche qui présente alternativement, à gauche et à droite, des contacts métalliques reliés à une batterie électrique. Chaque fois que le pied du malade, dont les bottines présentent une plaque métallique sous la semelle, vient appuyer sur un contact, il actionne une sonnerie; le centre auditif, intéressé de cette façon à la bonne réussite des mouvements ambulatoires, réagit à son tour sur le centre de la coordination.

Les malades commencent par s'exercer à marcher ainsi en ligne droite les yeux ouverts, mais peu à peu ils arrivent à parcourir la planche, longue de 3 mètres, d'un bout à l'autre, les yeux fermés et sans aucun appui, sans manquer une seule sonnerie. Quand l'ataxie est très avancée, le malade s'exerce d'abord assis, puis appuyé sur deux cannes.

Les quatre ataxiques soumis jusqu'à ce jour à ce traitement ont appris en trois à quatre semaines à se promener sans canne : au début des exercices, on doit ménager les forces des malades, qui sont obligés de concentrer énergiquement leur attention et éprouvent facilement de l'épuisement nerveux à la fin de la séance.

L'auteur pense que la méthode se prête de même au traitement de tous les troubles de coordination (suite de traumatisme, par exemple) et des atrophies musculaires siégeant au membre inférieur.

E. Vogt.

Résultats thérapeutiques obtenus avec la ponction lombaire. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 18 juin 1897.) — Thiele (de Hambourg) constate que les auteurs, d'accord sur la haute valeur diagnostique de la ponction lombaire de Quincke,

différent d'opinion sur les résultats thérapeutiques qu'on en peut attendre.

L'auteur, pour élucider cette question, passe en revue les trente-deux cas observés, d'octobre 1895 à juillet 1896 (soixante ponctions en tout), à la clinique du Pr Leyden, à Berlin, alors qu'il était assistant à cette clinique. Il n'y eut jamais d'accidents, Thiele ayant toujours arrêté l'opération à un moment où la pression était encore marquée et n'ayant jamais pratiqué l'aspiration. En outre, il n'y eut qu'un seul cas de tumeur cérébrale sur les trente-deux; or, c'est justement dans ces cas-là que les accidents en cours d'opération ont été notés.

Dans un cas, la ponction permit de reconnaître le diplocoque de Jaeger-Weichselbaum, et de conclure à une méningite cérébro-spinale épidémique, alors que l'anamnèse faisait admettre un traumatisme et qu'aucun cas de méningite n'avait été observé à ce moment dans les services hospitaliers de Berlin.

Dans sept cas de méningite tuberculeuse, on ne trouva que deux fois le bacille dans le liquide extrait, mais ce dernier présenta toujours l'aspect limpide à peine opalescent, caractéristique de l'affection : le diagnostic, souvent fort difficile, fut ainsi confirmé.

Deux cas de chlorose avec complications cérébrales furent en outre ponctionnés : dont l'un des cas, l'extraction de 3 centimètres cubes de liquide suffit pour produire une amélioration si marquée de l'état de la malade, dans les céphalées intenses disparurent entièrement, que l'auteur se demande si la suggestion ne joue pas ici le rôle capital.

Le second cas est plus démonstratif : la pression manométrique était de 150 à 180 millimètres, et on enleva en cinq ponctions, du 6 juin au 16 juillet 1896, 140 centimètres cubes de liquide. Après la quatrième ponction, le résultat fut surtout remarquable, mais l'amélioration fut chaque fois de courte durée : pendant ce temps, l'état général et la teneur en hémoglobine se modifièrent favorablement, d'une façon continue.

En résumé, la ponction lombaire représente une acquisition précieuse au point de vue du diagnostic : il est possible d'en espérer un résultat thérapeutique lorsqu'on se trouve en présence d'une méningite séreuse ou séro-purulente ou des troubles cérébraux chez des chlorotiques.

E. Vogt.

La thyroïdine dans la sclérodermie symétrique diffuse. (*Medecin. Obos.*, n° 4, 1897.) — Yakimoff rapporte un cas de sclérodermie symétrique diffuse chez une femme de 33 ans. Le traitement employé antérieurement et consistant en des bains tièdes et des badigeonnages des régions malades avec de la vaseline, non seulement n'a déterminé aucune amélioration, mais au contraire a aggravé la maladie. On songea alors à la thyroïdine qu'on administra en cachets. Déjà cinq jours après le commencement du traitement, on put constater une amélioration considérable : le brillant et la dureté de la peau diminuèrent et, en différents endroits on pouvait la soulever en plis; les mouvements dans les articulations devinrent plus libres. Au bout d'un mois, les résultats furent encore plus nets : la malade a maigri, les phénomènes de sclérodermie ont presque complètement disparu et il n'est resté que l'atrophie des avant-bras et des poignets.

On a noté comme phénomènes accessoires : malaise général, céphalée, palpitations et affaiblissement de la vue : mais tous ces phénomènes disparaissaient après un intervalle d'un jour. Du reste, la thyroïdine n'était administrée que tous les deux jours.

B. Taft.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Essais de thérapeutique ophtalmologique avec l'extrait de corps ciliaire de bœuf. (*Congrès français d'ophtalmologie*, mai 1897.) — M. Dor père (de Lyon). — Observation d'une ophtalmie sympathique grave, très sensiblement améliorée par des injections d'un extrait préparé avec des corps ciliaires de bœuf. La théorie sur laquelle se base l'auteur est la suivante : l'humeur aqueuse normale ne contient pas d'albumine, tandis qu'à l'état pathologique elle en renferme; ce qui indique que dans le corps ciliaire il doit se trouver normalement une substance capable de retenir l'albumine, substance qui doit faire défaut dans certaines affections et que M. Dor a eu l'idée de restituer en l'extrayant des yeux d'animaux pour l'introduire dans les yeux malades.

Koppf.

Anesthésie en chirurgie oculaire par l'emploi de l'eucaïne B, par le Dr P. Dolbeau. (*Thèse de Paris*, avril 1897.) — L'eucaïne B, expérimentée par l'auteur, paraît lui présenter des avantages sérieux. Elle est aussi toxique que la cocaïne, injectée dans le sang. Seules, les injec-

tions dans le tissu cellulaire sous-cutané paraissent devoir donner une sécurité plus grande.

Elle est vaso-dilatatrice, comme l'eucaïne A, ce qui présente des inconvénients.

Elle est un bon anesthésique local, sur l'œil non enflammé; mais son action, aussi rapide et complète que la cocaïne, persiste moins longtemps. Sur l'œil enflammé, son action est incertaine, comme celle de la cocaïne.

Elle ne dilate pas la pupille et n'a pas d'action sur la tension intra-oculaire.

KOPFF.

De la conjonctivite infectieuse d'origine animale, par le Dr JUSTIN DOMINIQUE (d'Haïti). (*Thèse de Paris*, mars 1897.) — Cette affection est rare et a des caractères cliniques très tranchés. Il s'agit d'après la description de M. Parinaud, d'une forme de conjonctivite monoculaire infectieuse qui provoque constamment la suppuration des ganglions et qui paraît transmise à l'homme par les animaux.

Deux symptômes principaux la distinguent des autres affections conjonctivales : des *granulations* volumineuses et distinctes de celles du trachome par leur aspect et leur évolution et une *adénite* subaiguë, avec empâtement du tissu cellulaire intéressant le ganglion préauriculaire et ceux du cou et se terminant tantôt par suppuration, tantôt par résolution.

A moins d'infection secondaire, il n'y a pas de complications cornéennes.

Le pronostic est relativement bénin, la guérison arrivant en cinq à six semaines. Le principal danger réside dans la suppuration des ganglions et les cicatrices consécutives.

Un traitement antiseptique, institué dès le début, peut prévenir la suppuration des ganglions.

Lorsque la maladie se prolonge pendant cinq à six mois, c'est un traitement intempestif qui en a été cause. Il faut éviter de se servir de la solution de nitrate d'argent qui est très irritante.

La chaleur joue un rôle prépondérant dans le traitement, en activant la circulation et en permettant ainsi l'élimination des produits septiques.

KOPFF.

Etude sur l'hydrophtalmie ou glaucome infantile, par le Dr GROS (de San-Francisco). (*Thèse de Paris*, mars 1897.) — L'hydrophtalmie ou glaucome des enfants est caractérisée par la distension du globe avec mégalocornée, par l'augmentation de la tension et l'excavation constante de la papille. Cette affection est due à une obstruction des voies d'excrétion soit par soudure (*knies*), soit par arrêt de développement de l'appareil d'excrétion.

Le traitement consiste en une intervention opératoire précoce, sclérotomie ou iridectomie. Dès qu'on s'éloigne du début de la maladie, les succès deviennent plus rares.

L'hydrophtalmie peut être guérie par les sclérotomies tandis que pour le glaucome cette opération n'est que palliative.

Quant à l'iridectomie, elle est dangereuse sur les yeux très tendus et très augmentés de volume; tandis qu'elle est utile sur des yeux peu distendus, dans les premières périodes de la maladie, où l'on doit la tenter si les sclérotomies répétées ont échoué. Dès que l'œil devient trop volumineux, il vaut mieux multiplier et répéter les sclérotomies que tenter une iridectomie qui peut amener la perte du globe. Plus les yeux sont gros et plus l'incision oculaire doit être petite, c'est-à-dire que l'iridectomie est contre-indiquée sur des globes très distendus.

Plus l'intervention opératoire est précoce, meilleur sera le résultat et la guérison même est possible. Les traitements médicaux, par les myotiques, les iodures, le mercure, sont illusoires, simplement palliatifs, n'offrant aucune chance de guérison et faisant perdre un temps précieux.

Les myotiques cependant ne doivent pas être négligés et restent un adjuvant utile après les opérations.

KOPFF.

Traitement de la névralgie oculaire. (*Wratsch*, n° 12, 1896.) — Dans un article fort substantiel et très intéressant MARKOFF insiste sur le traitement de la névralgie oculaire.

Il le divise en symptomatique et causal, ce dernier se rapportant à la maladie fondamentale. C'est le traitement symptomatique qui dans l'immense majorité des cas est le plus important, car, il va de soi, il faut aller au plus pressé : calmer la douleur.

Le traitement symptomatique se résume, d'après Markoff, dans l'instillation soit d'une solution de cyanure de potassium, soit d'une solution de quinine. En effet, la morphine et la cocaïne ne remplissent pas le but thérapeutique; la première, qu'elle soit administrée à l'intérieur, qu'elle soit donnée en injections hypodermiques, agit fort peu ou pas du tout. Quant à la cocaïne son action est loin d'être prolongée; en outre, elle détermine une paralysie artificielle des terminaisons nerveuses qui est considérée précisément comme étant la cause de l'affection névroparalytique de la cornée.

Voyons donc comment on emploie le cyanure de potassium et la quinine dans le traitement de la névralgie oculaire.

Le cyanure de potassium est administré en

solution tiède de 1/3 à 1/2 0/0 : cinq à dix gouttes sont instillées dans l'œil largement ouvert. La solution doit être conservée dans un flacon sombre, à froid : dans ces conditions elle agit aussi bien qu'une solution fraîchement préparée. Mais, dès qu'elle perd son odeur caractéristique, elle n'agit plus.

Le chlorhydrate de quinine s'emploie en solution à 1 0/0 préparée — condition *sine qua non* — *sans acide*. Au cas contraire, on peut ou brûler l'œil ou du moins l'irriter fortement. Ce qui vaut mieux, c'est de combiner la quinine à la morphine en formulant ce mélange par exemple de la façon suivante :

Chlorhydrate de quinine..	10	centigr.
Chlorhydrate de morphine.	5	—
Eau.....	10	grammes.

Instiller de cinq à dix gouttes.

D'après l'auteur il n'existe pas de névralgie oculaire qui puisse résister à une ou deux instillations. La maladie fondamentale peut persister, mais la névralgie elle-même disparaît immédiatement.

D'ordinaire, si un quart d'heure après la première instillation les douleurs n'ont pas disparu, on en fait une nouvelle.

Il est évident que le traitement local n'est pas suffisant pour déterminer la guérison définitive : le traitement général garde donc toute son importance.

Dernier point. Comme généralement on est obligé d'attendre la préparation de la solution, ce qui demande assez de temps, on fera bien de chercher à calmer la douleur en recourant, suivant les cas, soit aux compresses froides, soit aux cataplasmes.

B. Taft.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX

Ancien chef de clinique de la Faculté.
Ancien prosecteur.

Sur le traitement de l'ozène, par Gradenigo. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, février 1897.) — Les espérances que l'on avait conçues au sujet du traitement de l'ozène par le sérum antidiphtérique ne se sont pas complètement réalisées. On peut conclure aujourd'hui que si l'on obtient de bons résultats par ce moyen, ces résultats sont le plus souvent transitoires et que les symptômes réapparaissent après la cessation du traitement. D'ailleurs ce traitement n'est pas sans inconvénients, car on peut avoir à compter avec les troubles locaux et généraux provoqués par les injections de sérum. Pour ces raisons Gradenigo a employé d'autres méthodes de traitement. Il a obtenu de bons résultats des injections intra-musculaires iodurées selon la méthode de Durante ; il emploie pour ces injections de 1 à 3 centigrammes d'iode en solution composée suivant la formule de Durante et pratique une injection tous les deux ou trois jours. Le traitement doit être continué pendant longtemps ; quelques malades ont subi plus de cinquante injections. Ces injections n'entraînent pas d'accidents à leur suite, mais elles sont assez douloureuses. Elles ont pour effet de diminuer et de rendre plus fluides les sécrétions ; la fétidité diminue beaucoup et disparaît dans quelques cas. Les otites purulentes ou sèches, liées à l'ozène et qui résistent aux autres traitements, sont considérablement améliorées.

G. Lyon.

Avantages du traitement des laryngites simples par l'érysimum, par Hermary. (*Médecine moderne*, n° 46, p. 362, 1897.) — Dans une vingtaine de cas de laryngite aiguë avec enrouement et plusieurs fois même avec aphonie presque complète, Hermary a constaté la rapidité des effets de l'érysimum, non seulement sur le timbre de la voix qui recouvrait sa clarté au bout de seize à vingt-quatre heures en moyenne, mais aussi sur l'état inflammatoire de la muqueuse laryngée. La douleur a chaque fois cédé rapidement. Dans ces faits une journée de traitement a amené dans les vingt-quatre heures la guérison de la laryngite. Les malades avaient pris en trois fois, espacés dans la journée, 60 grammes de sirop d'érysimum dans trois tasses à café d'infusion chaude de 30 grammes de feuilles d'érysimum. C'est le mode d'administration du médicament qui semble être le meilleur. L'infusion de feuilles représente la partie la plus active de la médication. Le sirop édulcore l'infusion, renforce la dose d'érysimum et a l'action béchique de la plupart des sirops. On emploie soit le sirop simple d'érysimum qui contient une partie de feuilles pour douze d'eau bouillante et vingt-quatre de sucre, soit le sirop d'érysimum composé dans lequel la proportion de feuilles est plus forte et dans lequel entrent, à dose moindre, de nombreuses substances béchiques : orge, raisins secs, chicorée, réglisse, bourrache, capillaire, etc.

On se trouvera également bien de l'emploi de

l'érysimum dans la laryngite chronique simple, mais dans ce cas le traitement demande à être continué de huit à quinze jours.

G. Lyon.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Sérumthérapie dans la syphilis. (*Annales derm.*, avril 1897, p. 438.) — Les tentatives continuent dans ce sens : ainsi C. Boeck s'est servi du sang de syphilitiques tertiaires; M. Muller-Kannberg, à la Charité, dans le service de M. Lewin (de Berlin), a employé du sérum de cheval stérilisé additionné de 4 à 5 0/0 de tricrésol. Tommasoli a injecté, chez des syphilitiques secondaires, le liquide d'une ascite symptomatique de syphilis hépatique. Les résultats ont été variables, parfois appréciables, souvent mal tolérés, jamais concluants. L'injection du lait de femmes syphilitiques aurait amélioré une malade sur sept entre les mains de Tommasoli; le même auteur a retiré des effets toniques de l'injection de moelle de bœuf. C'est dans le même ordre d'idées, sans doute, que les injections de sérum d'anciens syphilitiques ont agi avec succès, dit M. Rochon, dans la neurasthénie syphilitique.

Morel-Lavallée.

Le nitrite de soude dans la syphilis. (*Annal. derm.*, avril 1897, p. 440.) — Cette substance, préconisée par Pétrone, a été essayée à nouveau par Sprecher chez douze malades : les résultats ont été nuls ou même désavantageux.

Morel-Lavallée.

Le chromate d'argent naissant pour les syphilides muqueuses et cutanées. (*Monatshefte f. prakt. Dermatol.*, t. XXI, p. 81.) — C. Boeck badigeonne les plaques syphilitiques avec la solution d'acide chromique à 10 0/0, puis applique immédiatement dessus le crayon de nitrate d'argent. Efficace surtout pour les plaques muqueuses anciennes, sèches et dures de la bouche.

Morel-Lavallée.

Traitement de la blennorrhagie. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, mars 1895.) — Mantegazza a traité 20 blennorrhagies à la clinique de Pellizzari, par la méthode de Janet modifiée. Dans la forme aiguë, dit-il, il faut conserver la phase usuelle d'expectation de quinze à vingt jours; pour les cas chroniques, c'est là que le permanganate de potasse fait merveille, les gonocoques disparaissant en douze à quinze jours en moyenne. Le traitement abortif, en revanche, a échoué 3 fois sur 3.

Morel-Lavallée.

Traitement de la blennorrhagie. (*New-York med. Journal*, août 1895.) — M. J. Robinson a administré le bleu de méthylène *per os* et en injections : il rejette cette substance comme inefficace, voire dangereuse et toxique. Elle n'est à conserver que comme topique dans les épithéliomas ou la tuberculose cutanée.

Morel-Lavallée.

Traitement de la blennorrhagie. (*Journal russe de méd. militaire*, mai 1895.) — M. Orloff a vu, en injectant une solution aqueuse d'aldéhyde formique à 5 0/0, les gonocoques disparaître et la sécrétion devenir séreuse; seulement, la préparation étant peu stable devra être faite au moment d'être utilisée.

Morel-Lavallée.

Traitement de la blennorrhagie. — M. Ph. Jaisohn préconise le bicarbonate et le citrate de fer à l'intérieur, et, localement, quatre injections par jour avec une solution de sublimé à 1 pour 10000 alcalinisée par la potasse. La guérison serait obtenue en deux ou trois semaines par ce traitement alcalin.

Morel-Lavallée.

Quelques formules courantes en dermatologie. *Engelures.* — C. Boeck recommande, pour la nuit, un badigeonnage avec :

Eau	10 grammes.
Ichtyol }	
Tanin }	àà 2 —
Résorcine }	

Agiter.

ou bien avec :

Eau	7 gr. 50
Résorcine	4 grammes.
Gomme arabique	2 gr. 50
Talc	1 gramme.

Ce liniment est moins irritant que le précédant : il s'emploie aussi pour la desquamation prolongée des lèvres.

Eczéma chronique des lèvres. (*Therapie der Gegenwart*, 1897.)

Onguent à l'oxyde de zinc benzoïné	15	grammes.
Onguent à l'eau de roses	15	—
Acide phénique } Camphre }	ââ 60	centigr.
Soufre sublimé } Acide salicylique }	ââ 1	gr. 25

M. s. a.

Epilatoires. — Epilatoire de Butte :

Teinture d'iode	3	grammes.
Essence de térébenthine.	6	—
Huile de ricin	8	—
Alcool	48	—
Collodion	100	—

Pour badigeonner trois ou quatre jours la surface velue : tous les poils restent adhérents en enlevant la croûte collodionnée qui reste.

Epilatoire dit « Américain » :

Iode cristallisé	8	grammes.
Essence de térébenthine.	1	gr. 25
Teinture de castoréum	2	grammes.
Alcool absolu	10	—
Collodion	30	—

Même mode d'application.

Pommade pour l'acné noueuse. (*Quinzaine médicale*, mai 1897.)

Vaseline	20	grammes.
Ichtyol } Sous-nitrate de bismuth. } Précipité blanc }	ââ 2	—

Appliquer le soir.

Morel-Lavallée.

Traitement de l'iodisme par la belladone. (*Annal. derm.*, février 1897, p. 223.) — M. Petges, dans sa thèse, recommande la méthode d'Aubert, c'est-à-dire l'emploi simultané de la belladone ou de l'atropine en même temps que l'iodure, soit de 4 à 6 centigrammes d'extrait aqueux de belladone, ou d'un demi-milligramme ou 1 milligramme d'atropine par jour. Jamais, de cette façon, on n'a d'iodisme grave. La belladone, vaso-constricteur, combat en effet l'action vaso-dilatatrice de l'iodure ; elle arrête les phénomènes, excite les sécrétoires et affaiblit les réflexes en agissant soit sur la moelle, soit sur les terminaisons nerveuses périphériques.

Morel-Lavallée.

Traitement de l'eczéma chez les enfants, par L. Duncan Bulkley. (*Archives of Pediatrics*, février 1897.) — D'après Bulkley, l'eczéma résulte ou d'une nutrition défectueuse des tissus, héréditaire ou acquise, ou d'une action insuffisante des couches profondes de la peau, provenant d'une cause diététique, nerveuse ou d'un défaut d'assimilation, ou enfin d'autres agents hygiéniques ou climatériques. La dentition ne suffit pas à déterminer un eczéma primaire, mais elle peut en causer une recrudescence. L'auteur, d'ailleurs, ne discute pas sur les causes qui provoquent ce mal : il insiste seulement sur ce fait : une irritation locale, quoique capable d'exciter une inflammation, ne suffit pas à produire un eczéma, excepté chez des sujets tout particulièrement prédisposés. M. Bulkley compte surtout sur un traitement comprenant l'hygiène et le régime pour amener la guérison et prévenir le retour du mal. La quantité et la qualité de la nourriture et de la boisson, leur mode de préparation et la manière d'en user doivent être réglés. De faibles laxatifs et des remèdes provoquant l'élimination des solides et des liquides par les urines sont recommandés, mais un traitement tonifiant est le meilleur de tous. L'arsenic à hautes doses réussit parfois. Il est bon de faire des applications locales adoucissantes : l'onguent à l'oxyde de zinc est un calmant, de même l'onguent au sous-nitrate de bismuth, ce dernier est un peu plus astringent.

R. Blondel.

Des éruptions scarlatiniformes consécutives aux opérations ou aux traumatismes, par Fr. Packard (de Philadelphie). (*Med. News*, n° 8, 1897.) — Il arrive très fréquemment que l'on observe à la suite des blessures ou des opérations chirurgicales, des éruptions scarlatiniformes, si bien que le mot de « fièvre scarlatine chirurgicale » a été créé pour désigner ces états. Il s'agit pourtant, l'étude le démontre, de conditions bien différentes.

En comparant de très nombreux cas qu'il a réunis, l'auteur se range à l'avis de Hoffa, qui distingue : 1° les rash scarlatiniformes dus à l'*irritation des nerfs vaso-moteurs*, sortes d'urticaires ou d'hérythèmes qui rendent compte de très nombreux cas ; 2° les *érythèmes toxiques* ou médicamenteux, partout signalés ; 3° les *érythèmes infectieux*, symptomatiques d'une infection généralisée, comprenant ceux de la pyohémie et de la septicémie. Ceux-ci sont tantôt des urticaires, tantôt des éruptions pustuleuses ou hémorragiques. Ils sont attribués aux embolies capillaires microbiennes ; 4° la *scarlatine légitime*. Cette opinion est défendue par James

Paget et Goodhart qui l'attribuent à l'accroissement de réceptivité pour le poison scarlatineux qu'offrent les blessés et opérés. Ils concluent à l'isolement indispensable de ces malades. Mais d'aussi éminents praticiens prétendent que lorsque la scarlatine vraie se déclare, il s'agit d'une simple coïncidence; d'ailleurs, il n'y a pas plus de malades atteints parmi les blessés, dans les salles d'hôpitaux que parmi ceux qui n'ont subi aucun traumatisme. Pour la plupart, il s'agit en somme non de la scarlatine vraie, mais des érythèmes dont nous donnons l'étiologie dans les trois premiers groupes. Leur durée est de trois jours, et ils disparaissent en laissant après eux une desquamation plus ou moins prononcée. Un fait curieux, c'est que dans les cas où il s'agit de scarlatine véritable, l'évolution de cette maladie subit chez les traumatisés une modification dont la caractéristique consiste dans la suppression de l'angine ou son extrême bénignité.

AUG. BENOIT.

Sur un cas très grave de dermatite consécutive à deux applications de rayons X; pathogénie et traitement. (*Acad. des Sc. de Paris*, séance du 14 juin 1897.) — M. APOSTOLI présente le cas le plus grave et le plus rebelle de dermatie qui soit jusqu'à présent connu, dont il expose l'histoire sommaire, et pour lequel il préconise un nouveau traitement.

Il s'agit d'une très vaste sphacèle de la paroi abdominale qui, en février dernier, mesurait encore 17.7 centimètres sur 13.6 et était consécutive à deux applications de rayons Rœntgen faites à Dublin les 22 et 28 mai 1896.

Dans la première séance, d'une durée de quarante minutes, le tube de Crooks avait été distrait de 15 centimètres de la peau; dans la seconde, d'une durée de quatre-vingt-dix minutes, le tube avait été rapproché à 9 centimètres.

Suites immédiates : Quelques nausées consécutives après chaque séance, mais sans vomissement.

Suites éloignées : Apparition, deux jours après la dernière séance, d'un érytheme progressif qui a été en s'aggravant.

Vésicules et phlyctènes consécutives, avec écoulement séreux abondant.

Formation progressive d'une escarre.

Amélioration notable en juillet.

Rechute, avec nouvelle mortification en août, et avec apparition de brûlure et de douleur intense au niveau de la surface mortifiée.

Application successive de toutes les lotions, de tous les topiques, de tous les caustiques connus, en y ajoutant même la greffe épidermique et le raclage pratiqué après anesthésie, le tout avec le même insuccès constant et absolu pendant huit mois.

Depuis la fin d'octobre 1896, l'application locale et quotidienne d'un courant d'oxygène sur la plaie, pendant cinq heures tous les jours, est le seul traitement qui paraît avoir été favorable et a arrêté l'agrandissement croissant de la plaie, sans toutefois la faire rétrocéder sensiblement.

Le 9 février 1897, début du traitement électrique, appliqué avec l'assistance du Dr Planet, et qui peut se résumer ainsi :

Bains statiques quotidiens avec effluvation sur la partie malade pendant toute la séance d'une durée moyenne de vingt à trente minutes.

Fin mars, association au bain statique de l'application des courants de haute fréquence sous la forme de lit condensateur.

Depuis avril 1897, emploi bihebdomadaire de bains hydro-électriques avec le courant ondulatoire.

Amélioration progressive depuis le début du traitement électrique et en particulier depuis l'association de l'effluvation statique aux applications polaires du courant ondulatoire.

Détachement très lent, mais toujours progressif de l'escarre sèche et adhérente, réduction actuelle de plus de la moitié de la surface totale primitivement sphacélée.

Le malade est aujourd'hui (juin) présenté en pleine voie de guérison et le traitement se poursuit sans nouvel incident à signaler.

Voici les conclusions sommaires formulées par le Dr Apostoli :

1° L'application des rayons Rœntgen peut provoquer, dans certaines circonstance, une *dermatite* plus ou moins grave caractérisée soit par un érythème simple, soit par une escarre plus au moins profonde pouvant intéresser la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané;

2° Cette dermatite, variable suivant son siège (peau, ongles, poils), variable également dans une certaine mesure suivant l'état constitutionnel du sujet en expérience, est assimilable sous plusieurs rapports à une brûlure électrique ordinaire et présente comme cette dernière les mêmes caractères généraux d'*asepsie*, d'*apyrexie*, d'*évolution très lente* vers la réparation et d'*intensité à peu près égale dans toute son étendue;*

3° Cette dermatite est toujours le résultat

d'une faute opératoire commise soit, et avant tout, par le rapprochement trop grand de la peau du tube de *Crooks*, soit par la durée trop longue d'une séance unique, soit enfin par des séances trop multiples et trop rapprochées;

4° Le Dr Apostoli propose comme traitement efficace de cette dermatite rebelle le courant électrique qui devra comprendre les modes suivants que l'on pourra associer à intensité et à durée variabtes suivant les indications cliniques ;

a) *L'effluvation statique* simple qui, par son action directe et locale aidée de son influence générale, hâte le travail de réparation et de cicatrisation des ulcères;

b) L'application polaire d'un courant galvanique, ou mieux d'un *courant ondulatoire*, pour accélérer la chute de l'escarre et favoriser ainsi l'action topique et trophique ultérieure de l'effluve statique;

c) L'action générale d'un *courant de haute fréquence* (par le lit condensateur) destiné, comme l'a démontré le Pr d'Arsonval, à relever le coefficient de la nutrition générale et à apporter à l'économie un supplément de force et de vitalité.

R. Blondel.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Sur les embolies pulmonaires dans la pratique gynécologique. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 23, 1897.) — Wyder rapporte 9 cas d'embolie pulmonaire mortelle survenus après des opérations obstétricales et gynécologiques, entre autres une ventrofixation, une laparotomie exploratrice, un curettage dans le cancer utérin inopérable. Il fait remarquer qu'il n'est pas très rare de voir des interventions gynécologiques même de peu d'importance avoir pour conséquence un certain degré de phlébite pouvant donner lieu à des embolies pulmonaires avec issue mortelle. L'auteur, qui eût pu appliquer le même raisonnement à toute autre branche de la chirurgie, en tire une conclusion, un peu inattendue et nettement antiinterventionniste. Il déclare formellement qu'il résulte de ces faits, pour le médecin, le devoir de ne pratiquer des opérations gynécologiques, malgré leur innocuité habituelle, que lorsqu'elles sont formellement indiquées, c'est-à-dire lorsque les autres méthodes de traitement ont échoué ou qu'elles ne peuvent amener le même résultat.

Le traitement consiste, lorsque l'embolie ne cause pas la mort immédiate, à faire observer le repos le plus absolu; à prescrire les médicaments propres à soutenir l'énergie cardiaque. Comme prophylaxie, il faut avoir recours de suite aux mêmes moyens lorsque des œdèmes, des cordons douloureux, des douleurs déchirantes dans les jambes, etc., indiquent l'existence de thromboses dans les membres inférieurs. Lorsque le diagnostic est incertain, Wyder attache une valeur particulière à un symptôme, signalé par Mahler, c'est la fréquence élevée du pouls contrastant étrangement avec la température.

R. Blondel.

Trois cas de cancer de l'utérus inopérables traités par l'extrait de chelidonium majus. (*Medicinskoïe Obosrénïe*, n° 4, 1897.) — Les travaux sur l'action de l'extrait de chelidonium dans le cancer de l'utérus se multiplient. En voici un nouveau de Moussatoff. Il emploie, lui, les injections interstitielles de cet extrait; la dose initiale de 10 centigrammes est portée progressivement à 1 gr. 5 (l'extrait était mélangé avec de l'eau distillée en proportion de 1 pour 2). Après l'injection, on introduit dans le vagin un tampon trempé dans une solution acqueuse à 50 0/0 d'extrait. Parfois, une demi-heure ou une heure après l'injection, la malade est prise d'un frisson violent durant une heure environ; la température s'élève considérablement et atteint parfois 40°,5. Les malades transpiraient fortement, et trois heures après le frisson, tous les phénomènes anormaux disparaissaient. Chez une malade il n'y a jamais eu de frissons, bien qu'elle fût atteinte d'un cancer saignant facilement, de sorte que le liquide injecté pouvait facilement pénétrer dans les vaisseaux, ce qui d'après Denissenko, le père de la méthode, provoque le frisson. Dans ce cas, Moussatoff prescrivit l'extrait de chelidonium à l'intérieur simultanément avec les injections.

Quant aux résultats, il a constaté d'abord une amélioration considérable de tous les symptômes : les douleurs et les hémorragies diminuaient ou disparaissaient complètement; l'état général s'améliorait; le sommeil et l'appétit revenaient; la tumeur diminuait de volume. Mais cette amélioration ne fut que passagère : au bout d'un ou deux mois, l'état redevenait le même qu'avant le traitement.

Tout cela ne parle pas trop, hélas! en faveur de la nouvelle méthode si ardemment défendue par Denissenko.

B. Taft.

Conduite à tenir dans les grossesses compliquées de cancer de l'utérus. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1897.) — Voici de quelle manière Zelensky formule la conduite à tenir dans les cas de grossesse compliquée de cancer de l'utérus :

1° Si l'affection cancéreuse n'est pas bien étendue, il vaut mieux laisser l'accouchement s'accomplir spontanément, en ne recourant à un certain nombre de mesures (douches chaudes, forceps) que dans les cas de nécessité absolue;

2° Si la néoformation n'est plus limitée au bord externe du col mais a déjà envahi une petite portion du segment vaginal, il faut, dans les cas où l'accouchement se ralentit, enlever la portion atteinte et terminer l'accouchement;

3° Si la néoformation a envahi une portion considérable du col en laissant toutefois intacts les organes voisins et le tissu cellulaire, il faut — dans l'intérêt même de la mère et du fœtus — faire l'opération césarienne avec hystérectomie consécutive;

4° L'opération césarienne tout à fait au début de l'accouchement est indiquée là où les lésions sont tellement étendues qu'il est absolument impossible de songer à enlever la portion altérée.

B. Taft.

Sur un cas de fièvre puerpérale traité par le sérum de Marmorek. (*Wratsch*, n° 16, 1897.) — Yavorsky rapporte un cas de fièvre puerpérale survenue chez une femme à la suite d'un avortement. L'état de la malade restant très grave malgré des injections intra-utérines antiseptiques variées, on décida de recourir au sérum de Marmorek. On commença par injecter 10 centimètres cubes; quelques heures après, les douleurs diminuèrent et la malade s'endormit. Le lendemain, la température tomba. On fit encore deux injections (toujours de 10 grammes). A ce moment, la malade quitta l'hôpital malgré l'avis du médecin; elle y rentra de nouveau et l'on fit trois injections de sérum de l'Institut de Saint-Pétersbourg (de staphylocoque). La malade finit par guérir. Yavorsky insiste sur les trois points suivants :

1° Les deux sérums (celui de l'Institut Pasteur et celui de l'Institut expérimental de Saint-Pétersbourg) n'ont exercé aucune action nuisible sur l'état général;

2° Le sérum de Marmorek a agi favorablement sur l'évolution ultérieure de la maladie;

3° Le sérum antistaphylococcique n'a agi favorablement ni sur la marche ultérieure de la malade ni sur l'état général.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Manière de se comporter des graisses iodées dans l'organisme; leur utilisation en thérapeutique. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 3 juin 1897.) — On sait que les Halogènes sont facilement absorbés par les corps gras : le bromure, par exemple, mélangé à l'huile, est absorbé par celle-ci et perd son odeur et sa coloration caractéristiques.

Pour obtenir une sorte de combinaison de l'iode et des corps gras en proportions définies, des essais nombreux ont été nécessaires : c'est avec un produit définitif de cette catégorie que H. Winternitz, assistant à l'Institut hygiénique de Berlin, a institué ses expériences. Elles ont démontré, par exemple, que si on nourrit un animal avec de l'axonge iodée, on observe que le métalloïde est absorbé et retenu par l'organisme : le foie et la moelle osseuse en contiennent plus que les autres tissus.

L'auteur a fait sur lui-même des essais avec une solution iodée à base d'huile de sésame et a présenté des phénomènes d'iodisme dès le second jour d'absorption. Des expériences sur l'homme, plus nombreuses et plus concluantes, sont en train d'être menées à bien.

E. Vogt.

De l'action du bleu de méthylène sur l'albuminurie, par G. Lemoine. (*Journal des Praticiens*, n° 21, p. 323, 1897.) — Le bleu de méthylène paraît exercer une action des plus prononcées sur la marche de l'albuminurie liée aux affections du rein; par son administration on fait diminuer assez rapidement le taux journalier de l'albumine et on arrive même à faire disparaître entièrement cette dernière de l'urine.

Sur sept malades soumis à ce traitement Lemoine a toujours obtenu la diminution rapide et dans deux cas même la disparition complète de l'albuminurie. Ces malades présentaient : l'un de la congestion rénale subaiguë, durant depuis six semaines sans que l'albumine diminuât par les traitements ordinaires; par le bleu de méthylène l'albumine tomba de 2 grammes par jour à 50 centigrammes, en dix jours, et disparut tout à fait huit jours après; les autres de la néphrite chronique liée à l'artério-sclérose et compliquée de poussées congestives sur les reins avec albuminurie abondante.

Non seulement le bleu de méthylène fait baisser le taux de l'albumine, mais il possède encore la propriété d'augmenter la diurèse.

Dans un cas où la mort survint du fait d'un érysipèle, le malade avait pris, pendant quelques jours, du bleu de méthylène. A l'autopsie on trouva des reins énormes, remplis de kystes volumineux, et dont la plus grande partie était sclérosée; le bleu de méthylène avait coloré seulement les parties des reins qui étaient encore perméables, toutes les régions fibreuses avaient leur coloration normale, les autres étaient bleues. Cette observation montre l'élection du bleu de méthylène pour les éléments actifs du rein, et il y a lieu de demander si ses propriétés diurétiques et éliminatoires ne sont pas dues à une action directe sur l'épithélium rénal, plutôt qu'à une action sur le système nerveux.

Le bleu de méthylène se donne à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigrammes par jour. Son emploi ne présente aucun inconvénient, à la condition qu'il ne contienne pas d'impuretés, car, dans ce cas, il peut provoquer une légère cystite.

G. Lyon.

De l'action de l'iode sur les microbes pathogènes. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1897.) — Podgorny a étudié l'action de l'iode sur les microbes pathogènes et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'iode doit être classé parmi les substances possédant des propriétés bactéricides très prononcées ;

2° Si dans le corps désinfecté il se trouve des substances qui peuvent se combiner avec l'iode, comme les albumines et les sels, les propriétés bactéricides de l'iode diminuent considérablement (en proportion de 20 à 1);

3° Les microbes particulièrement sensibles à l'action de l'iode sont, par ordre : le bacille du charbon, le bacille d'Eberth et le microbe de l'actinomycose ;

4° La concentration de la solution d'iode qui empêche le développement des microbes est la plus forte pour l'actinomycose (1 pour 600) et la plus faible pour le bacille du charbon (1 pour 1500);

5° C'est encore le microbe du choléra qui résiste aussi énergiquement que le microbe de l'actinomycose à l'action destructrice de l'iode;

6° Lorsqu'on injecte aux animaux des doses ordinairement mortelles de culture de microbes du choléra en y ajoutant de l'iode en proportion de 1 pour 900, les animaux ne succombent pas; d'où il résulte que les microbes avant de mourir perdent leurs propriétés pathogènes ;

7° L'iode ajouté à un bouillon de culture en quantité insuffisante pour arrêter le développement des microbes exerce néanmoins une action considérable sur un certain nombre d'entre eux ; aussi si l'on ajoute de l'iode à un bouillon de culture en quantité de 1 pour 1200 à 2700, qu'on y ensemence le microbe du choléra, celui-ci présente dans son développement des anomalies considérables en perdant en grande partie sa nocuité;

8° L'introduction préalable de l'iode dans l'organisme d'animaux à l'aide d'injections sous-cutanées n'exerça aucune action favorable sur l'évolution et la terminaison du processus pathologique provoqué par une inoculation microbienne (charbon et choléra).

B. Taft.

FORMULAIRE

Contre l'aménorrhée.

(Dauchez.)

Colombo pulvérisé...	ââ	1 gramme.
Safran pulvérisé.....		
Fer réduit par l'hydrogène		50 centigr.
Aloès pulvérisé.....		30 —

M. s. a. et diviser en dix prises.

Chaque prise dans une cuillerée de miel ou de confiture.

Une à deux le soir après souper.

S'il se produit de l'intolérance gastrique, on aura recours à la préparation suivante :

Sirop d'hypophosphite de fer.....		
Sirop d'hypophosphite de soude.....	ââ	50 grammes.
Sirop d'hypophosphite de manganèse.....		
Glycérine médicinale.		
Eau de laurier-cerise..		4 —

Deux à trois cuillerées par jour.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Association française d'urologie. — La deuxième session de la Société française d'urologie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, les 21, 22 et 23 octobre 1897 sous la présidence de M. le Pr Guyon.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° Des opérations qui se pratiquent sur le testicule et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate. Rapporteurs : MM. Albarran et Carlier.

2° Des urétrites non gonococciques. Rapporteurs : MM. Eraud et Noguès.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer pour le *15 septembre* au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le Dr Desnos, secrétaire général, 31, rue de Rome.

Pour tous les renseignements concernant l'Association, s'adresser au secrétaire général.

Les frais d'études dans les facultés de médecine anglaise. — D'après le *British médical Journal*, les frais d'études, pour une durée de scolarité de cinq ans, s'élèvent à la somme rondelette de 5,350 francs. Cette somme se décompose ainsi :

3,750 francs pour droits d'inscription ; 250 francs pour fournitures destinées aux exercices pratiques de physique et de chimie ; 175 francs pour participation aux jeux obligatoires tels que le criket, le football ; 250 francs pour acquisitions de livres et d'instruments ; 925 francs pour frais d'examens.

Le journal anglais estime que les frais de nourriture, de logement, d'habillements et autres absorbent bien, pour les cinq années, une somme minime de 14,250 francs ; ce qui représente un total de 18,000 francs pour la confection d'un médecin, dans une Université anglaise.

Hygiène électorale. — Le *Medical Record* du 1er mai 1897, p. 635, raconte l'amusante histoire suivante, qui montre une fois de plus de quelles ressources peut être l'hygiène bien comprise dans la vie d'un peuple. Le maire d'une petite ville de l'Etat de Wisconsin ne fut pas peu surpris d'apprendre un beau matin qu'il était consigné chez lui par ordre du délégué sanitaire : le fils du maire était atteint de la diphtérie, et le délégué avait fait défense expresse que personne ne quittât la maison contaminée : un agent de police avait même été placé à la porte pour assurer l'exécution de cet ordre. Ce qui donne du piquant à ce beau zèle, c'est qu'on se trouvait alors en pleine période électorale. Le maire était candidat et le délégué sanitaire appartenait comme opinion politique au parti opposé. Le fait que la consigne ne fut levée par celui-ci qu'après les élections, inspire au *Medical Record* quelques doutes sur la valeur scientifique de cette sévère prophylaxie.

Statistique médicale. — La Russie, pour une population de 110,000,000 n'a que 18,334 médecins, soit 1 pour 6,000 habitants. En Allemagne, en France et en Angleterre, la proportion est respectivement de 1 pour 3,000, 1,800 et 1,500 habitants. En d'autres termes, le rapport du nombre des médecins hommes ou femmes au chiffre de la population, en Allemagne, est le double du même rapport en Russie. En Angleterre, il est quatre fois plus grand qu'en Russie et deux fois plus qu'en Allemagne. La France a plus de médecins que l'Allemagne et moins que l'Angleterre. Aux Etats-Unis, pour une population de 75,000,000, il y a 120,000 médecins. Il y a, par rapport au chiffre de la population, plus de docteurs en Irlande qu'en Angleterre, et plus en Espagne qu'en Italie. Le pays d'Europe où la proportion du nombre des médecins est la plus forte est l'Ecosse.

Inconvénients de la bicyclette. — Le Dr Percy Furniwall signale, dans la *Lancet*, quelques troubles nerveux observés chez les cyclistes et notés aussi sur lui-même.

Dans les courses de longue durée, il y a souvent perte de la sensibilité aux pieds, d'où résultent parfois des accidents, le pied lâchant une pédale sans qu'on s'en aperçoive.

En descendant de bicyclette, la démarche est incertaine et saccadée, les pieds frappent le sol comme chez les ataxiques.

L'engourdissement du périnée et du pénis, la

difficulté de la miction au début, sont des symptômes communs.

M. Furniwall cite le cas d'un coureur qui dans une longue course laissa échapper ses urines et ses matières sans en avoir conscience.

Il cite encore l'exemple de son propre père qui, à 62 ans voulut faire de la bicyclette. Une course peu prolongée détermina de l'engourdissement, du tremblement et la perte du sens musculaire dans les bras et les jambes. Ces troubles étaient si marqués que le sujet ne pouvait écrire de toute la journée après une course de quelques heures.

M. Furniwall attribue ces troubles à trois causes principales : la pression exercée par la selle; la trépidation; l'auto-intoxication due aux produits de désintégration des tissus sous l'influence du surmenage.

Nécrologie. — Le Dr Charles Dubreuilh (de Bordeaux); le Dr Auguste Mollien (d'Amiens); le Dr Jules Maréchal (de Brest).

PETITE CHRONIQUE

Le moi est haïssable : c'est une affaire entendue. Au fond, nous n'en sommes vraiment bien convaincus que lorsqu'il s'agit du moi des autres. On m'excusera donc, si pour une fois, je me mets personnellement en scène dans cette courte causerie. J'ai dit « pour une fois », d'abord parce que c'est la vérité, et ensuite parce que c'est de Belgique que j'écris ces lignes : il y a des phrases comme cela qui sont dans l'air du pays, n'est-ce pas? On a beau s'être rendu à Bruxelles, sur la plus aimable des invitations, à un simple Congrès chirurgical, sans aucune arrière-pensée, il y a le *nihil medici a me alienum puto* qui ne saurait vous abandonner. Or si l'on veut bien se donner la peine d'ouvrir les yeux, on trouvera profit à voir d'un peu près ce qui se passe chez nos excellents voisins. Chez eux, en effet, les conditions d'existence du médecin sont plus comparables peut-être que partout ailleurs à ce qui se passe en France : c'est la même langue, les mêmes lois, les mêmes habitudes que chez nous : pour une bonne partie du pays c'est la même race que dans le nord de la France : nous l'avons bien vu dans ces cordiales réceptions, où tout de suite, devant des visages nouveaux, l'on se sentait en famille; c'est la bonne humeur française alliée à la placidité du Flamand, qui au moral a fait des Belges ce qu'ils sont, c'est-à-dire de braves gens. Organisés, à bien des points de vue, comme nous, il est facile de constater combien ils souffrent des mêmes maux, et la façon dont on les voit lutter contre eux comporte pour nous plus d'un enseignement. Sur certains points même, ils sont en avance sur nous, comme évolution sociale, de par la situation même du pays. Le développement plus considérable de la population ouvrière les met depuis longtemps déjà aux prises avec les phases aiguës de la lutte contre les collectivités syndicales qui n'est, comme chez nous, qu'à son début. De plus la densité extrême de la population, qui fait que les plus grands centres sont à peine à une demi-heure de chemins de fer les uns des autres, a fait que le médecin de campagne, tel qu'il existe chez nous, perdu dans ses landes ou ses montagnes et réduit à ses seules ressources par les difficultés des relations entre confrères de la même région, n'existe pour ainsi dire pas en Belgique : aussi, au point de vue du groupement, les Belges ont-ils, comme les syndicats ouvriers, une bonne vingtaine d'années d'avance sur nous. C'est donc ce qui nous attend, que nous pouvons voir, en petit, se dérouler chez eux : or c'est tout simplement, ainsi que nous le faisions ressortir dans notre dernier article, le conflit aigu entre le médecin exploité et les sociétés de secours mutuels ou de bienfaisance. D'autre part, comme chez nous, et malgré l'absence de causes qui sont propres à notre pays, c'est, du côté des médecins, l'encombrement à outrance, l'avilissement des honoraires, la complicité ouverte des tribunaux avec les mauvais payeurs dès qu'il s'agit des médecins — ce qui prouve bien qu'avant d'accuser de nos maux telle ou telle cause particulière, il est bon de se renseigner et de voir si, en l'absence de celle-ci, n'existent pas chez autrui les mêmes misères, conséquences inévitables de l'évolution de l'état social moderne tout entier.

Le client belge n'a rien à envier au client français comme ingéniosité dans la culture de la carotte. C'est une jeune fille de très

riche famille, répondant au Dr L..., qui, trois ans après lui avoir remis un bras, lui remettait..... une note d'honoraires de 1,500 francs — la facture de l'humérus — : « Mon cher docteur, comme l'accident qui m'est survenu à bicyclette est entièrement imputable à mon imprudence, c'est sur ma bourse de jeune fille que papa entend que j'en paie les frais : or, cette bourse ne contient guère que deux ou trois louis qui constituent tout ce que je puis vous offrir. » Il faudrait bien mal connaître les sentiments de la justice à notre endroit pour ne pas deviner quels encouragements furent prodigués par elle à la jeune personne qui annonçait de si beaux sentiments d'économie et faisait présager de si sérieuses qualités de ménagère. Ailleurs, c'est un riche industriel inscrit à la société de secours mutuels « pour donner l'exemple », exigeant sans honte les soins quasi-gratuits du médecin de la Société, et payant sans sourciller — parce que le prix était prudemment demandé d'avance, 6,000 francs au chirurgien appelé pour l'opérer par le même pauvre diable de médecin, lequel pour avoir donné le chloroforme, eut, je crois, un bon verre de lambic, à moins que ce ne fût du faro. Et ainsi de suite ; vous pensez bien que pendant les trois heures que dure là-bas tout banquet qui se respecte, j'ai eu le temps d'en entendre.

Donc, situation identique à la nôtre, plus aiguë même, et représentant bien, je l'ai dit, ce qui nous attend dans dix ou vingt ans. Maintenant qu'ont fait nos confrères ?

Je suis d'avis qu'ils ont été plus malins que nous, encore qu'ils aient été aidés ici, comme on l'a vu, par des conditions géographiques leur rendant les groupements plus faciles, comme à leurs ennemis, d'ailleurs.

Contre l'encombrement, ils ont commencé par se défendre contre l'invasion étrangère, venant, je dois le dire, de l'Allemagne bien plus que de la France. Ce fut très simple : examen d'Etat rendu obligatoire pour permettre, même aux diplômés, l'exercice de la médecine en Belgique, et là avec une partialité aussi impitoyable que patriotique, refus formel de tout étranger. Ah ! ce n'est pas en Belgique qu'on souffrirait d'inscrire à la Faculté deux cents étrangers sur six cents étudiants chaque année ; quant aux traités internationaux, ils n'en ont cure, et ils ne se contenteraient pas, comme nous, de savoir que par compensation le pays envahisseur abaisse chez lui les droits de douane sur la moutarde. Aussi ne trouverez-vous pas depuis quinze ans un étranger autorisé annuellement à exercer la médecine en Belgique : comparez aux 20 0/0 de docteurs russes, roumains, polonais, valaques, etc., que notre Faculté met chaque année dans la circulation, en les gratifiant, par-dessus le marché, de la dispense du service militaire et du baccalauréat.

Pour les sociétés de secours mutuels, les Belges se sont souvenus que leur devise : « l'union fait la force » n'était pas seulement une parure autour des pièces de cent sous, comme chez nous les trois mots fatidiques que vous savez. Ils ont tenu bon, ont fait la grève, et déjà, sur plusieurs points, après une lutte de plusieurs mois, les riches sociétés ont dû capituler et consentir pour les ingénieux mutualistes à des tarifs un peu plus élevés que ceux des indigents. Pour les hôpitaux, malheureusement le système du malade payant, recevant pour 3 francs les soins des médecins ou chirurgiens, les pansements, le logement, la nourriture, etc., est en pleine floraison : inutile d'ajouter que ce sont les malades les plus exigeants, et que l'administration hospitalière, qui n'a pas de subventions officielles, mais des budgets particuliers et indépendants, résultat de fondations pieuses, pousse de toutes ses forces au développement de cette belle institution. Avant peu d'ailleurs, si le Conseil municipal de Paris arrive à ses fins, nous n'aurons rien à envier à Bruxelles sous ce rapport. Quant aux consultations des hôpitaux, cela a été beaucoup plus simple. Un petit avis imprimé à profusion dans les couloirs de l'hôpital, prévient les amateurs que le livret d'indigent sera exigé à l'entrée de la salle de consultation. Franchement je cherche ce qui peut empêcher d'en faire autant chez nous. Je dis que je le cherche, mais vous savez bien comme moi quelle en est la raison : tant qu'il y aura un Conseil municipal souverain maître des choses de l'Assistance publique, les électeurs auront beau jeu.

Je m'arrête, car il y en aurait trop long à dire, et je n'ai pas répondu à l'invitation de nos aimables hôtes pour regarder chez eux par le trou des serrures. Mais en matière professionnelle, pour une fois, croyez-moi, les Belges ont du bon.

Dr Diogène.

BIBLIOGRAPHIE

Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil, par le Dr G. Laurens. (G. Carré et C. Naud, éditeurs.) — Ce livre, plein d'intérêt, montre les rapports étroits qui existent entre l'oreille et l'œil et les conséquences pratiques et thérapeutiques qui en découlent.

Le sujet comprend l'étude des rapports anatomo-physiologiques qui existent entre l'oreille et le nez et des relations pathologiques qui en dérivent, avec l'analyse des symptômes cliniques observés.

Les affections du conduit auditif externe, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, peuvent entraîner des troubles visuels différents, qui sont étudiés, dans leur mode de propagation (*indirecte*, par l'intermédiaire du cerveau et de ses enveloppes; par la *voie nerveuse*, troubles réflexes; et par la *voie sanguine*, troubles infectieux), dans leur évolution et dans leurs conséquences.

Le phénomène inverse où l'œil réagit sur l'oreille est plus rare et il n'en existe que quelques cas, caractérisés surtout par des troubles réflexes.

Cet intéressant travail se termine par cinquante-trois observations, tant personnelles qu'empruntées à divers auteurs.

Koeff.

De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac, par Georges Marion, ancien interne des hôpitaux de Paris, prosecteur à la Faculté de médecine. (Société d'éditions scientifiques. Paris, 6 francs.)

Cette étude très importante, est le premier travail d'ensemble paru en France sur cette question qui de jour en jour préoccupe davantage médecins et chirurgiens, étant donné l'efficacité de l'intervention dans certains cas où la thérapeutique médicale avait dit son dernier mot. L'auteur laisse absolument de côté les perforations de l'estomac dont le traitement n'est plus aujourd'hui discuté, et il s'efforce d'établir par des statistiques reposant sur un nombre de faits considérables recueillis dans tous les pays que l'intervention chirurgicale doit faire plus que de la laparotomie pour une péritonite généralisée ou localisée et qu'elle peut beaucoup pour les hémorragies, les adhérences, l'estomac biloculaire, la sténose du pylore, et même pour les ulcères rebelles. Après un historique complet de la question, les indications de l'intervention dans chaque cas sont tracées aussi nettement que possible; car si l'auteur admet l'intervention, il ne la préconise que déterminée par des raisons sérieuses. Vient ensuite l'exposé des méthodes opératoires qu'il croit les meilleures dans chaque cas. Les observations rassemblées sont au nombre de 96. L'auteur croit avoir cité toutes les opérations faites pour hémorragies, adhérences, estomac biloculaire, ulcères rebelles. Quant à celles pour sténose elles sont tellement nombreuses qu'il est impossible de les rassembler toutes. Du reste elles n'ont pas toutes été publiées. *A priori*, le titre du travail ferait supposer des tendances interventionnistes exagérées, la lecture convaincra qu'il n'en est rien et la formule donnée par l'auteur est telle « qu'il n'est aucun médecin si abstentionniste soit-il, qui ne s'y rallie ».

R. Blondel.

Le traitement de l'inflammation cérébrale aiguë, par A. Luyten, docteur en médecine. (Société d'éditions scientifiques, Paris.)

La thérapeutique de l'inflammation cérébrale a été jusqu'à présent infructueuse. Dans son livre l'auteur hollandais indique une nouvelle méthode de traitement qui a produit les meilleurs résultats, et donne la marche des expériences qui l'ont conduit à ce traitement. Les observations d'un chapitre « Considération explicative », où il est démontré que, premièrement, le traitement actuellement suivi a toujours été et doit toujours être néfaste à la marche de la maladie, et deuxièmement, que la thérapeutique indiquée est la seule rationnelle.

R. Blondel.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Statistique des études médicales à l'heure actuelle. — Il y a onze ans, le chiffre des examens à la Faculté de médecine de Paris était de 3,856.

Pendant l'année scolaire suivante, c'est-à-dire :

En 1886-1887	il a été de	4,076	En 1891-1892	il a été de	5,910
1887-1888	—	5,082	1892-1893	—	6,803
1888-1889	—	5,165	1893-1894	—	8,340
1889-1890	—	5,597	1894-1895	—	8,238
1890-1891	—	5,468	1895-1896	—	8,955

Ainsi, pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler, 8,955 examens ont été subis. On croirait volontiers, en voyant doublées, grâce au nouveau régime d'études, les épreuves qu'ont à subir les nouveaux étudiants, que le niveau scientifique doit s'élever proportionnellement et qu'il est aujourd'hui plus difficile qu'autrefois d'acquérir le titre de docteur de la Faculté de Paris. Ce serait là une profonde erreur que les chiffres se chargent de détruire.

En effet, en 1894-1895, sur 8,238 épreuves, il y avait eu 1,394 ajournements. En 1895-1896, sur 8,955 épreuves, il y a eu 1,319 ajournements, soit 717 épreuves en plus et 75 ajournements en moins. Ainsi le fait brutal est là, les épreuves ont été multipliées et le résultat a été tout autre que celui qui était évidemment attendu : les ajournements sont de plus en plus rare et l'examen tend de plus en plus à devenir une simple formalité, dont la consignation à la caisse sera la partie principale et dont l'épreuve devant le jury sera la partie tout à fait accessoire. Chose curieuse, plus les matières exigées des candidats sont importantes au point de vue professionnel et purement médical plus l'indulgence des juges paraît grande. Voici, en effet, la proportion pour cent des ajournements

1er examen	38,96 0/0
2e examen. — 1re partie (anatomie)	22,70 —
— 2e — (physiologie)	13,73 —
3e examen. — 1re — (pathol. externe)	13,50 —
— 2e — (pathol. interne)	15,13 —
4e examen. — Thérapeutique, méd. légale	14,51 —
5e examen. — 1re partie { chirurgie, accouchements }	7,39 —
— 2e — (médecine)	6,55 —
Thèse	0,33 —

Ainsi, au premier examen qui porte, quoi qu'on puisse dire, sur des matières accessoires, la proportion des refus est près de 40 0/0, tandis que de suite elle tombe à 13 0/0 pour la pathologie et à 6 et 7 0/0 pour la clinique!

Ainsi, cet examen clinique, qui termine à vrai dire les études, qui est l'épreuve ultime, celle qui doit consacrer docteur, car de la thèse il ne saurait être question, cette épreuve est tellement dénuée de valeur, que 93 0/0 des candidats la subissent d'emblée, sans ajournement, et même si l'on veut aller plus loin, ce n'est plus 7 0/0, mais à 3 ou 4 0/0 que tombe la proportion des refus pour le 5e examen : car la première partie comprend un examen de clinique chirurgicale et un examen de clinique obstétricale. Ce sont ces deux examens réunis qui donnent une proportion de 6 0/0 d'ajournement, soit 3 0/0 pour chacun d'eux. C'est-à-dire que l'examen, incontestablement le plus difficile et le plus important n'existe plus à la Faculté de Paris, et qu'en définitive les épreuves éliminatoires n'existent plus guère chez nous. Il suffira bientôt de passer régulièrement à la caisse chaque année, pour retirer directement du caissier principal, au bout du temps légalement assigné, une quittance générale des droits acquittés qui tiendra lieu de diplôme.

Ainsi, les examens pour l'obtention du doctorat en médecine sont devenus, à la Faculté de Paris, d'une facilité telle que peu à peu ils se sont, surtout pour les examens cliniques, transformés en une simple formalité. Si l'on veut leur comparer les examens du baccalauréat classique et ceux du certificat qui tient lieu du baccalauréat ès sciences restreint, on verra de combien est plus forte, pour ces derniers, la proportion des insuccès, ce qui mène à cette conclusion indiscutable : qu'il est plus difficile de subir les épreuves du baccalauréat que les épreuves exigées pour le doctorat en médecine. Le nombre des fruits secs de l'enseignement secondaire n'ayant jamais pu obtenir leur baccalauréat est des plus appréciables. Le nombre des étudiants en médecine, désertant la Faculté et quittant définitivement leurs études, par suite de leur incapacité, est des plus minimes et absolument négligeable.

Consultons encore les chiffres officiels : 835 élèves docteurs ont quitté la Faculté, savoir :

594 reçus docteurs, 127 pour passer dans une autre École, 11 sont décédés, 8 ont renoncé aux études, 95 n'ont fait aucun acte de scolarité depuis dix ans. Examinons ce que veulent dire ces chiffres. Mettons de côté les transfuges d'une Faculté dans une autre, ceux qui sont décédés, il reste 103 élèves paraissant avoir abandonné leurs études. De ces 103 élèves, 95, suivant le rapport académique, n'ont pas fait d'acte de scolarité depuis dix ans, ce qui fait une moyenne de 9,5 par an. Sur ces 9 étudiants, les uns, et ce sont les plus nombreux, n'ont même pas subi d'examen, et, à peine inscrits à la Faculté, ont cessé leurs études pour un motif ou pour un autre. D'autres abandonnent par suite de revers de fortune, ou parce qu'ils prennent une autre situation; de sorte qu'en réalité, dans cette catégorie d'élèves, n'ayant pas fait d'acte de scolarité depuis dix ans, il n'y en a pas plus de deux ou trois par année qui renoncent au doctorat à cause de la difficulté des examens. Il en est de même pour les 8 qui, officiellement, ont renoncé aux études. Ils ont obéi aux mêmes motifs que les premiers. Aussi, sur ces 17 élèves qui, annuellement, cessent leurs études, y en a-t-il 3 ou 4 qui reculent devant la difficulté des examens? Le fait est possible; mais la proportion est peut-être encore plus faible. On peut donc dire que tout élève inscrit à la Faculté de médecine de Paris deviendra fatalement docteur, puisque la proportion de ceux qui sont arrêtés par les examens ne dépasse pas 6 0/00 et n'atteint pas 1 0/0.

On cherche bien loin la cause de l'encombrement des études et le remède à l'encombrement ultérieur de la profession : il nous semble qu'il est inutile de chercher si loin. Nous l'avons déjà dit et répété, nos Facultés de médecine ouvrent trop facilement leurs portes, délivrent avec trop de complaisance des diplômes immérités, et contribuent ainsi à l'avilissement du titre de docteur en médecine.

Le fait est si réel et si connu qu'il y a quelques semaines, dans un journal politique très répandu, paraissait un article fort documenté où l'on disait nettement que l'exercice de la médecine pouvait être considéré chez nous comme un exercice libre, étant donné les simples formalités à remplir pour obtenir le diplôme de docteur. L'auteur de l'article, continuant sur ce thème, demandait que les médecins retombassent sous la juridiction commune; que l'exercice de la médecine fût reconnu officiellement libre puisqu'il l'était en réalité, du fait du peu d'importance des connaissances exigées devant les Facultés.

Tout ce que nous venons de dire plus haut prouve, chiffres en mains, qu'en réalité les examens ne constituent plus une barrière infranchissable pour les paresseux et les ignorants, et qu'il suffit d'un peu de persévérance à tout étudiant pour devenir docteur, quelque limitées que puissent être ses connaissances médicales.

La réforme complète et sérieuse des examens s'impose donc à brève échéance, et c'est là une question vitale pour notre profession. (*Gazette des hôpitaux.*)

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale la Faculté de médecine de Paris, Correspondant, de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune forman une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Des exceptions aux lois qui régissent les intolérances médicamenteuses et les éruptions pathogénétiques.

Par le Dr A. Morel-Lavallée,
Médecin des Hôpitaux.

Les substances employées en thérapeutique sont, ou peu s'en faut, toutes toxiques. Dans tous les cas, elles déterminent presque toutes à un certain moment de leur administration et lorsqu'on arrive à une certaine dose, des phénomènes d'intolérance se manifestant par des phénomènes réactionnels du côté de divers organes, la peau principalement. Mais, chez des individus prédisposés, il est des catégories de médicaments qui provoquent l'intolérance absolue de l'organisme et cela dès la première fois qu'on en fait usage.

Ordinairement alors ces symptômes d'intolérance s'accusent brusquement, quelle que soit la dose employée : l' « idiosyncrasie » est permanente. En outre, le plus communément, une personne qui aura présenté après l'usage d'un médicament une éruption pathogénétique verra les mêmes phénomènes se reproduire après l'ingestion d'autres médicaments de la même classe (cela est vrai pour les médicaments de la série aromatique, par exemple); — et de même, ainsi que l'a fait ressortir M. E. Besnier, les éruptions médicamenteuses étant surtout le fait du terrain sur lequel elles apparaissent, un sujet qui aura *une fois* souffert d'un érythème comme celui qui nous occupe sera, de ce seul fait, prédisposé à l'avenir aux dermopathies toxiques, autotoxiques et toxiniques de tous ordres, et à leurs récidives souvent *sine materia*.

Telles sont, en gros, les lois suivant lesquelles se produisent les phénomènes d'intolérance médicamenteuse, et, en particulier, à notre point de vue spécial, les phénomènes d'*intolérance cutanée*, c'est-à-dire les symptômes réactionnels par lesquels le système dermique et ses annexes témoignent de leur participation à l'intoxication de l'organisme. C'est là la règle, c'est là ce que doivent retenir les praticiens dont la prudence doit guider la ligne de conduite.

Pourtant, dans la pratique, ces lois sont sujettes à exceptions : c'est précisément sur ces exceptions que je désire aujourd'hui attirer l'attention.

I. Le fait que *les phénomènes d'intolérance peuvent ne se manifester que tardivement* est aujourd'hui de notion vulgaire ; il en découle cette conséquence que l'administration d'une substance suspecte doit être conduite avec précaution pendant toute la durée de la cure, et qu'il faut de temps à autre surveiller les organes susceptibles de se révolter les premiers ; tels, les gencives, la peau et le côlon, dans le traitement mercuriel.

J'ai sous les yeux l'observation d'un mien client, homme robuste, âgé d'une cinquantaine d'années. Il vint me voir pour une glossite scléreuse profonde disséminée, progressivement établie chez lui depuis les quatre années auxquelles remontait le début de l'infection. Il avait pour cela, mais toujours en vain, subi le traitement par ingestion. Au commencement de 1892, j'abordai avec lui les injections mercurielles : le peptonate quotidien eut une action visible, mais bien faible. Je recourus ensuite à l'huile grise, dont l'action fut tout à fait nulle. Enfin, je fis des injections de calomel, et ici l'effet fut immédiat ; il se continua rapidement, si bien qu'à la fin de 1892, la langue était totalement guérie, et parfaitement souple. Or, le traitement avait été interrompu par les vacances, en plein succès, et après plusieurs injections de calomel, faites à la dose de 5 centigrammes ; celles-ci avaient amené parfois de la salivation, et même un jour de la gingivite partielle (stomatite d'alarme de Fournier) au niveau des incisives *supérieures* (ce qui est une exception). Puis tout était rentré dans l'ordre. Or, un mois au moins après, alors que M. X... était en villégiature en Suisse, il fut pris d'une colite dysentériforme très douloureuse qui le mit au lit, et dura trois à quatre semaines.

Depuis, j'ai vu chez lui se reproduire des crises atténuées du même ordre, avec début par des douleurs irradiées à distance (névralgie testiculaire, etc.), d'une façon brusque, en pleine santé, avec des selles muco-membraneuses : parfois, tout se limitait aux coliques et aux épreintes, accès ébauché et passager. Comme à ces moments aucun autre signe d'intoxication mercurielle ne se produisait, et que nous étions toujours à intervalles plus ou moins éloignés des injections, je fus très longtemps avant d'avoir la clef de ce mystère. Depuis lors, j'ai pu reprendre le traitement, mais à toutes petites doses : 2 ou 3 centigrammes de calomel par injections très espacées.

De temps à autre, il y a bien une douleur aux angles du côlon ou devant l'estomac ; mon client et moi savons ce que ça veut dire ; ce qui n'empêche pas que c'est lui-même qui, en cas de besoin et même préventivement, me demande d'avoir de-ci de-là recours à ce mode de traitement, le seul dont il ait observé sur lui des résultats véritablement héroïques.

Cette observation justifie déjà à elle seule un certain nombre des propositions que nous avons avancées : manifestation tardive de l'intolérance ; un seul organe pris (ici, le gros intestin), et qui toujours donnera à lui seul la note protestataire de l'organisme contre la saturation mercurielle ; possibilité cependant, en cas d'urgence, de recourir au même traitement hydrargyrique, à la seule condition d'être toujours au guet. — Notons ici en passant que le gros intestin n'est pas toujours le point faible du tube digestif réfractaire au mercure : un autre de mes clients de la ville, que je soigne depuis deux ans au moyen des injections de calomel, se plaint de ce que, *depuis six mois*, chacune de ces injections est suivie de deux à trois semaines de dyspepsie *gastrique* douloureuse, avec anorexie et crachotements (pas de stomatite hydrargyrique).

II. *Les phénomènes réactionnels fonction d'une intolérance médicamenteuse idiosyncrasique ne représentent pas, habituellement, l'ensemble complet du tableau symptomatique de l'intoxication classique par la substance incriminée.* C'est *ne représentent* JAMAIS qu'il

faudrait dire. Ainsi presque toujours, dans les nombreuses observations d'hydrargyrie que j'ai jadis recueillies ou compulsées pour mon mémoire sur la matière (1), les localisations viscérales de l'intoxication hydrargyrique ont fait défaut, si l'on en excepte la stomalite (calomel), la diarrhée et les vomissements (sublimé, 1 cas); cela sur 22 cas relevés.

III. *L'intolérance de l'organisme à l'égard d'une substance médicamenteuse n'implique pas fatalement une intolérance pour toutes les substances du même ordre.* Une de nos malades, âgée de 70 ans, atteinte d'urémie subaiguë intermittente, d'urticaires et d'éruptions polymorphes d'origine alimentaire ou autotoxique, supporte impunément de grosses doses de salicylate de soude, de salophène, d'antipyrine, voire de morphine qui ne provoque même pas chez elle de prurit, alors que le sulfate de quinine lui a causé des éruptions terribles et prolongées, alors que le sulfonal et surtout le chloralose ont également produit des phénomènes très graves, cutanés et autres.

IV. *L'intolérance médicamenteuse peut n'être que relative; elle peut diminuer ou même disparaître lorsqu'on varie soit la combinaison chimique du corps employé, soit son mode d'administration.* Que l'intolérance varie suivant la combinaison chimique du médicament, cela se conçoit à la rigueur, tous les sels mercuriels, par exemple, n'ayant pas les mêmes coefficients de toxicité, de causticité ni d'activité; et l'on sait très bien que le proto-iodure hydrargyrique incommode plutôt l'intestin, tandis que le sublimé, ingéré, produit des douleurs gastriques. Mais que, le mode d'administration d'un même composé chimique étant changé, celui-ci devienne supporté ou intoléré, voilà qui est paradoxal, et pourtant cela est. J'ai donné mes soins à un jeune ménage israélite où les deux conjoints ne pouvaient, sans urticaire sérieuse, prendre de l'antipyrine par l'estomac ou par le rectum : or, le mari a pu subir, sans inconvénients, des injections intra-musculaires d'antipyrine pour un lumbago ou un torticolis.

J'ai cité ailleurs (2) le cas bizarre d'une jeune femme qui, atteinte d'hydrargyrie grave à la suite d'ingestion de proto-iodure, a pu, à plusieurs reprises, tolérer des frictions mercurielles administrées à petites doses!

V. Mais voici qui est plus curieux : *la susceptibilité préexistante d'un organe préposé à l'emmagasinement ou à l'élimination d'une substance connue comme dangereuse ne suffit pas forcément pour contre-indiquer l'administration du remède proposé, si l'usage de celui-ci est indispensable à un moment donné.* Un jeune homme de ma clientèle de ville, jouissant d'un bon état de santé générale, M. S..., a souffert pendant un an et plus d'une stomatite ulcéro-membraneuse très rebelle, qui a un instant ébranlé ses dents et a en tout cas ébarbé les gencives sur toute une moitié de la mâchoire inférieure. Cet homme prend la syphilis deux ans environ après le début de cette stomatite dont plusieurs récidives passées le tiennent toujours en éveil; or, il a pu prendre des pilules de proto-iodure à 0,03 par jour, puis, six mois après, à 0,05 par jour; puis des pilules de succinimide mercurique. *Jamais* il ne s'est produit de stomatite mercurielle. Il est vrai que nous usions de soins infinis, que nous étions toujours sur le qui-vive et qu'une ou deux fois se sont montrés deux ou trois points de tuméfaction gingivale partielle. Mais nous redoutions bien autre chose. Cette observation a, de plus, un autre côté intéressant. En ces

(1) Des hydrargyries pathogénétiques, érythèmes polymorphes scarlatiniformes dus à l'usage interne du mercure, par Morel-Lavallée in *Revue de médecine*, juin 1891, page 493.

(2) Des hydrargyries pathogénétiques, *loco citato*, obs. II.

derniers temps une théorie s'est élevée d'une hardiesse d'esprit incroyable, aux termes de laquelle la stomatite *dite* mercurielle serait une stomatite à microbes buccaux banals, se développant simplement sur des gencives prédisposées par l'action salivaire du mercure : à ce point, que le sublimé, en gargarismes et en attouchements, serait le remède héroïque de cette stomatite. Comment pourrait-on donc s'imaginer, s'il en était ainsi, un homme à peine convalescent de stomatite ulcéro-membraneuse, — affection à ce point infectieuse qu'elle est contagieuse et épidémique, — prenant impunément du mercure et offrant même des points de tuméfaction gingivale hydrargyrique, sans que les microbes si souvent virulents de la bouche y aient trouvé un terrain favorable à leur pullulation ? Ce fait prouve à quel point il convient d'être circonspect toutes les fois que la clinique n'est pas d'accord avec les conquêtes récentes de la bactériologie (1).

Traitement de l'entérite muco-membraneuse.

Par Albert Mathieu,

Médecin de l'hôpital Andral.

Dans la séance précédente, j'ai passé rapidement en revue les éléments séméiologiques et pathogéniques qui peuvent fournir des indications pour le traitement de la colite muco-membraneuse; aujourd'hui, je me propose d'examiner comment on peut remplir ces indications, ou tout au moins d'exposer comment je cherche à le faire dans ma pratique personnelle.

Certaines de ces indications sont fondamentales, ce sont les données directrices qu'on ne doit pas perdre de vue.

a) On ne peut guérir l'entérite muco-membraneuse sans faire disparaître la constipation.

b) Il existe dans l'entérite muco-mambraneuse une irritation du gros intestin qui ne se traduit pas seulement par l'hypersécrétion muqueuse, mais souvent aussi par l'hyperesthésie et la contracture spasmodique de certaines zones du côlon.

c) La colite muco-membraneuse survient de préférence chez des personnes prédisposées, chez des neuro-arthritiques, et même des névropathes qualifiés; elle tend à exagérer cette prédisposition; parfois l'état général est gravement compromis, les malades tendent à s'affaiblir, à s'anémier et même quelquefois à se cachectiser; il importe au plus haut point d'agir sur la névropathie et de combattre l'affaiblissement général de l'organisme.

---

(1) Communication faite à la Société de Dermatologie, le 8 juillet 1897.

d) L'entérite muco-membraneuse se rencontre souvent chez des personnes atteintes de néphroptose, ou d'autres ptoses viscérales, ou encore chez des personnes qui présentent des lésions utérines ou péri-utérines ; de là certaines indications formelles pour le traitement lorsque ces conditions se trouvent réalisées.

Ceci étant posé, voici comment j'institue le traitement, non sans succès, permettez-moi de l'affirmer.

a) Il ne faut pas perdre de vue que les personnes chez lesquelles se sont développés des accidents accusés d'entérite muco-membraneuse, présentent une excitabilité accentuée non seulement de l'intestin, mais aussi de l'estomac.

Qu'il s'agisse de les alimenter ou de leur administrer des laxatifs, il convient d'épargner au tube digestif des irritations inutiles ou exagérées.

Il en résulte que les purgatifs drastiques sont formellement interdits ; il faut éviter également ceux qui congestionnent la muqueuse rectale, comme l'aloès ; ces malades ont assez souvent tendance aux hémorroïdes, et ils sont exposés à émettre de temps en temps des glaires sanguinolentes, quelques-uns mêmes ont parfois de véritables hémorragies. Une de mes malades, très nerveuse du reste, a eu à deux reprises une hémorragie intestinale abondante à la suite d'une vive émotion.

L'hypersécrétion muqueuse qui est la caractéristique de la colite muco-membraneuse peut se produire sans inflammation vraie de la muqueuse colique ; l'intestin, par cette sécrétion surabondante, se défend contre la présence des scybales qui jouent le rôle de corps étrangers. En vertu de la stase fécale, le mucus s'épaissit sur place et tend à se concréter sous forme de membranes plus ou moins étendues.

Que cette irritation sécrétoire de la muqueuse puisse s'accompagner de congestion, et même aller jusqu'à l'inflammation vraie, on le conçoit sans peine.

Pour lutter contre l'élément congestif, G. Sée adjoignait au séné une certaine quantité d'extrait d'hydrastis canadensis ; l'hamamelis virginica pourrait être utilisée de la même façon ; il y a là une idée qui mérite considération, mais je dois avouer que je n'ai pas d'expérience personnelle de cette façon de faire, que je considère cependant comme très logique. J'aurais certainement recours à l'hydrastis canadensis ou à l'hamâmelis virginica si j'avais à traiter des malades présentant des selles sanglantes.

Parfois il suffit de tracer un régime alimentaire approprié à l'état de l'estomac et de l'intestin pour faire disparaître la constipation et, du même coup, la sécrétion mucino-membraneuse. Une malade nettement hyperchlorhydrique était très constipée, ses selles renfermaient constamment une notable quantité de mucosités et de concrétions membraneuses ; le régime alimentaire suffit pour faire disparaître les douleurs stomacales, la constipation et les phénomènes de colite muco-membraneuse.

Malheureusement il n'en est pas souvent ainsi, et les moyens hygiéniques, qui ne doivent jamais être négligés, ne suffisent que rarement à faire disparaître la constipation.

Certains agents thérapeutiques d'ordre physique, les pratiques hydrothérapiques externes, l'électrisation, le massage se rangent tout naturellement près du régime alimentaire, c'est encore de la thérapeutique par les moyens hygiéniques. Il sera question plus loin des applications chaudes ou froides ; ici je ne m'occuperai que du massage.

Beaucoup de ces malades supportent mal le massage abdominal, ce qui se comprend aisément si l'on considère que leur gros intestin est souvent hyperesthésié et contracturé.

Le massage ne doit intervenir chez eux que lorsqu'on est parvenu à obtenir l'atténuation de ces phénomènes d'irritabilité sensitive et motrice.

Il peut alors être très utile en rendant une certaine tonicité aux muscles de l'abdomen et à la paroi intestinale elle-même. La gymnastique suédoise peut également, dans les mêmes conditions, à la même période, être employée avec avantage.

Les grands lavements font régulièrement partie de ma thérapeutique et j'y reviendrai tout à l'heure avec détails; toutefois il est rare qu'ils suffisent pour que l'on obtienne des selles quotidiennes d'aspect normal et de consistance demi-molle; il est donc nécessaire, la plupart du temps, d'avoir recours à des laxatifs.

Celui que je mets en première ligne, sans hésitation, c'est l'huile de ricin à petites doses. Ordinairement, dans les cas d'entérite muco-membraneuse accentuée, je fais prendre un jour l'huile de ricin le matin, l'autre jour un grand lavement. On peut se servir des capsules gélatineuses, mais je préfère encore donner l'huile de ricin en nature dans un peu de sirop de cassis légèrement étendu d'eau; il a l'heureuse propriété d'en masquer parfaitement la saveur désagréable.

Une demi ou une cuillerée à café entière donnée cinq ou dix minutes avant le premier déjeuner suffit le plus souvent pour amener une ou deux selles faciles sans coliques. Dans quelques cas, il faut aller jusqu'à deux cuillerées.

En seconde ligne je place le cascara sagrada que je combine habituellement dans des cachets à une quantité égale de magnésie et à une quantité double de bicarbonate de soude. La cascarine m'a également donné de bons résultats.

On peut employer encore : la rhubarbe, la magnésie, le séné, la poudre de réglisse composée, le mélange à parties égales de soufre précipité, de magnésie calcinée et de crème de tartre.

Je n'ai pour ma part aucune expérience des pilules bleues et du calomel conseillés dans ces cas par certains auteurs. D'après Potain, Guéneau de Mussy donnait une ou deux fois par jour une ou deux gouttes d'une solution de sublimé au centième.

Le mercure et ses dérivés sont employés surtout par ceux qui veulent faire de l'antisepsie intestinale.

Pour le dire en passant, les antiseptiques chimiques comme le naphtol, le benzonaphtol, le salicylate de bismuth, la résorcine, etc., ne m'ont paru d'aucune utilité contre l'entérite muco-membraneuse.

Pour moi c'est par l'évacuation du contenu intestinal, par le nettoyage mécanique que l'on obtient les résultats les meilleurs d'antisepsie intestinale. Les grands lavages du côlon ont à ce point de vue une utilité incontestable.

Au point de vue de l'antisepsie, les purgatifs salins doivent être mis au premier rang; ils doivent être employés lorsqu'il y a de la fausse diarrhée ou encore des phénomènes accentués d'embarras gastriques avec ou sans fièvre. Dans ces conditions, il convient d'instituer une petite cure de dix à vingt jours à l'aide des purgatifs salins ou des eaux minérales purgatives. Les eaux concentrées de Rubinat, Carabana et les eaux analogues sont d'un emploi commode. On en donne le matin tous les jours d'abord, puis tous les deux, puis tous les trois jours une quantité suffisante pour obtenir une ou deux selles faciles. Concurremment, on emploie les grands lavements.

Si je n'emploie guère les purgatifs salins et les eaux laxatives en dehors de ces conditions, c'est parce qu'elles tendent à déprimer la sécrétion stomacale et à provoquer une

constipation secondaire d'autant plus tenace que leur action purgative a été plus marquée.

J'ai parlé déjà des *grands lavements* et j'ai fait pressentir que je leur attribuais un grand rôle dans le traitement de l'entérite muco-membraneuse. Ils correspondent en effet à toute une série d'indications ; ils détachent et enlèvent mécaniquement les selles ovillées et les concrétions muco-membraneuses qui adhèrent à la muqueuse avec une certaine force ; ils constituent une sorte de bain interne, qui agit favorablement sur l'irritabilité sensitive, motrice et sécrétoire du gros intestin ; enfin, ce sont des agents actifs d'antisepsie mécanique.

Voici comment je conseille de les prendre, m'inspirant en cela des recherches de Lesage et Dauriac et de von Genersich.

Les malades se servent non d'un irrigateur dont le débit et la pression se règlent difficilement, mais d'un bock à injections dont le tuyau est muni d'une canule à enteroclyse en caoutchouc rouge. La pression ne doit jamais être considérable, elle ne doit pas dépasser 30 à 60 centimètres au-dessus du plan du lit, ce qui suppose que le lavement est pris le malade étant couché. C'est une condition indispensable pour que le liquide de l'injection pénètre loin dans le gros intestin. La faible pression est, pour le même résultat, une condition tout aussi nécessaire. Pendant longtemps on a cru qu'en employant une pression élevée on pénétrerait beaucoup plus profondément dans l'intestin. Les recherches de Lesage et Dauriac et de von Genersich ont démontré qu'il n'en est rien et que, pour faire pénétrer le liquide injecté jusqu'à l'extrémité du gros intestin, et même dans l'intestin grêle, il faut se servir de pressions faibles dans le décubitus dorsal. Il est bon, pour faciliter la pénétration, d'élever un peu plus la hanche gauche que la hanche droite.

Comme liquide d'injection, je me sers d'eau bouillie à 40°, plus souvent encore de décoction légère de racines de guimauve, parce que les liquides légèrement mucilagineux sont moins irritants pour la muqueuse intestinale que l'eau pure...

Je conseille pour commencer de n'employer qu'un litre de liquide, plus tard on monte à 1 litre et demi et même 2 litres. Ces injections ne doivent jamais être douloureuses. Quand il y a une sensation de distention pénible de l'intestin, il faut diminuer la pression, de façon à ralentir la pénétration du liquide et même ne pas pousser l'injection plus loin. Dans aucun cas, on ne doit violenter l'intestin, distendre brusquement ses parties spasmodiquement resserrées ; il faut employer la douceur et non la force.

Le liquide de lavage est rendu presque immédiatement ; on ne constate guère de coliques après qu'il a été rejeté que lorsque la quantité d'eau employée a été trop considérable.

Quand il y a des mucosités et des membranes, j'ajoute au liquide d'injection une petite quantité de biborate de soude (4 à 5 grammes par litre) et parfois une petite dose de salicylate de soude (1 gramme par litre). Ce dernier sel est un excellent antiseptique.

Nothnagel conseille le chlorure de sodium à la dose de 5 pour 1000. Je crois qu'on pourrait aussi se servir du chlorate de soude dans les mêmes proportions ; c'est un antiseptique actif et peu irritant, à l'aide duquel on obtient parfaitement, par exemple, la désodorisation des écoulements fétides du cancer de l'utérus.

On doit rejeter complètement l'usage de l'eau boriquée et de l'eau naphtolée qui sont par elles-mêmes irritantes pour la muqueuse ; je les soupçonne fortement de pouvoir provoquer la production des glaires.

M. Charrin a proposé de traiter l'entérite muco-membraneuse par l'injection d'une

solution faible de nitrate d'argent. Pour ma part, je n'emploie la solution de nitrate d'argent que lorsqu'il y a des poussées dysentériformes. Dans ces conditions, leur indication me paraît formelle. On injectera un litre d'une solution à 1 pour 4000 ou à 1 pour 3000, ce qui correspond à 25 ou 30 centigrammes de nitrate d'argent par litre d'eau. Rarement on aura besoin d'employer une solution plus concentrée.

On peut établir un parallèle entre le grand lavement ou le lavage du gros intestin tel que nous venons de le décrire et la douche rectale ascendante à haute pression telle qu'elle est pratiquée dans certaines stations. Je donne sans hésiter la préférence au lavage sur la douche ascendante que beaucoup de malades atteints d'entérite muco-membraneuse supportent mal. Rien d'étonnant à cela si l'on réfléchit qu'ils ont souvent de l'hyperesthésie de leur gros intestin avec contracture spasmodique. La douche ascendante convient beaucoup mieux à la constipation simple avec quelques rares mucosités qu'à la grande colite muco-membraneuse.

Il n'est pas douteux cependant que les malades ne tirent souvent un bénéfice marqué de cures faites à Plombières ou à Luxeuil, stations dans lesquelles on met en œuvre surtout la balnéation chaude et la douche ascendante. Je crois que dans ces résultats heureux l'action calmante des bains chauds répétés et prolongés a plus de part encore que la douche ascendante. J'ai eu, du reste, la satisfaction de constater que les médecins qui pratiquent dans ces stations reconnaissent le bien fondé de ces remarques et qu'ils sont tout disposés à substituer souvent le simple lavage à faible pression, exécuté dans le décubitus dorsal, à la douche ascendante à pression élevée, prise dans la position assise. Le premier est réellement un lavage, un bain interne et comme un gargarisme calmant du côlon, le second est véritablement une douche bien faite pour combattre l'atonie et pour réveiller l'excitabilité affaiblie des tuniques musculaires du gros intestin.

Les laxatifs et les grands lavements au bock restent indiqués tant que les selles n'ont pas repris leur aspect normal, tant qu'elles renferment des billes ovillées ou des fragments de scybales, ou encore des glaires et en quantité, et surtout des concrétions membraniformes.

b) Les injections d'eau chaude sont un excellent moyen de calmer l'irritation de l'intestin. J'y adjoins ordinairement des applications chaudes à l'extérieur et des bains. Les applications chaudes sont faites matin et soir à l'aide de grandes compresses trempées dans de l'eau chaude et maintenues sur l'abdomen pendant vingt à trente minutes. On les retrempe dans l'eau chaude dès qu'elles ont tendance à se refroidir et on les recouvre d'un morceau de toile caoutchoutée ou de taffetas gommé.

On peut aussi employer dans le même but des applications froides, à l'aide de serviettes ou de compresses trempées dans de l'eau froide, ou même appliquer une véritable ceinture humide. Ces applications froides, tout aussi calmantes que les applications chaudes, paraissent exercer une action favorable sur la constipation.

Quand il y a des phénomènes douloureux marqués, des coliques, des crises douloureuses, ce qui est loin d'être rare, la belladone me paraît très utile. Il suffit souvent d'une pilule de 1 centigramme d'extrait uni à 1 centigramme de poudre matin et soir pour amener une atténuation marquée des phénomènes douloureux. Je fais assez souvent ainsi faire à mes malades de petites cures de belladone de six à huit jours.

La belladone a sur l'opium et la morphine l'avantage de ne pas aggraver la constipation; elle a, au contraire, une action laxative bien connue, très précieuse dans l'espèce.

Quelquefois aussi, je fais usage de la codéine en solution à la dose de 3 à 5 centigrammes ou encore de l'extrait gras de cannabis indica, à la dose de 3 centigrammes par jour dans un julep gommeux. On ne doit pas continuer l'usage de ce dernier médicament pendant plus de quatre à cinq jours; on doit tout au moins surveiller avec soin les signes d'intoxication. La solanine peut être donnée aussi à la dose de 5 à 10 centigrammes.

Les bains quotidiens un peu prolongés sont, je le rappelle encore, un bon moyen de combattre le nervosisme général et le nervosisme abdominal.

c) L'état général comporte des indications particulières. Ce qui domine souvent c'est la névropathie. L'hydrothérapie froide est fréquemment indiquée, et on peut avoir recours avec avantage, suivant les cas, aux douches, aux enveloppements froids, aux lotions froides.

L'hydrothérapie chaude convient mieux quand il y a des phénomènes accentués d'hyperesthésie, quand il y a intolérance pour l'eau froide; il faut alors donner la préférence aux douches en jet chaudes à 38° à 40°. Elles sont calmantes, sans être déprimantes.

On n'aura recours qu'en dernier ressort aux calmants médicamenteux. Le valérianate d'ammoniaque est beaucoup moins irritant pour l'estomac que les bromures de divers ordres, il faut donc lui donner la préférence.

L'oubli des préoccupations habituelles, le séjour au grand air seront d'excellentes conditions chez des névrosés, qui tendent à s'affaiblir et à s'anémier.

d) J'ai suffisamment insisté dans les séances précédentes sur l'influence de la néphroptose et des autres ptoses viscérales sur l'entérite muco-membraneuse pour n'avoir pas besoin de revenir à nouveau sur l'action bienfaisante que j'attribue au repos, dans le décubitus horizontal, sur le traitement des phénomènes douloureux et surtout des crises douloureuses. Je n'y reviendrai pas.

e) Je me contenterai, pour terminer, de parler du régime alimentaire.

La première indication est d'épargner à l'intestin les irritations inutiles d'ordre chimique ou mécanique. Il faut interdire l'usage des épices et des mets épicés; la plupart des condiments sont en effet éliminés en nature, et ils produisent sur la muqueuse du côlon une excitation semblable à celle qu'ils provoquent sur la muqueuse buccale.

Il convient aussi d'interdire tous les aliments, surtout les albuminoïdes en voie de putréfaction; on déconseillera, par conséquent, les mets faisandés, les viandes de conserve, les crustacés, les poissons de mer qui ont dû subir un transport à longue distance.

Il ne faut pas supprimer complètement les irritations d'ordre mécanique, mais il convient de les modérer; j'entends par là les irritations produites par des corpuscules de substances alimentaires insuffisamment divisés ou rebelles à toute digestion. On cherchera donc à rendre aussi parfaite que possible la division des aliments, ce qui favorise beaucoup leur élaboration digestive et leur utilisation.

De cette façon les résidus sont diminués comme volume; mais il ne faut pas pousser trop loin cette restriction, parce que la constipation se trouve rendue plus grande encore.

L'exclusion des légumes, surtout des légumes verts, diminue beaucoup le volume des fèces; mais il ne faut pas être trop sévère dans ce sens. S'il est nuisible d'introduire une quantité trop considérable de cellulose et de débris végétaux irréductibles par la digestion, il ne faut pas les exclure trop sévèrement. L'irritation légère produite par des

débris végétaux suffisamment divisés est un excitant physiologique de la sécrétion et de la motricité du gros intestin. Il faut donc prendre un moyen terme, et, à moins de contre indication particulière, recommander l'usage des purées de légumes, même de légumes verts, des fruits cuits, des marmelades, des compotes et même de certains fruits bien mûrs, tels que des prunes, les pêches, le raisin.

Certains malades se trouvent très bien de faire assez largement usage des légumes en purée et des fruits cuits. Cela suffit parfois pour amener une amélioration considérable dans leur état. L'idéal est, sans avoir recours aux substances médicamenteuses, d'introduire dans l'alimentation des mets végétaux capables de combattre la constipation.

Certains malades se trouvent très bien du pain de seigle ou du pain naturel, d'autres du régime végétarien tel que le comprenait Dujardin-Beaumetz, c'est-à-dire d'une alimentation constituée par du lait, des laitages, des œufs, des légumes en purée et des fruits cuits. Une de mes malades avait vu sa constipation, ses muco-membranes et ses douleurs disparaître à partir du moment où elle avait eu l'idée de prendre à chaque repas une certaine quantité de marmelade de tiges de feuilles de rhubarbe : je dois dire qu'elle était déjà très améliorée par le traitement méthodique tel que je l'ai exposé et que l'année suivante la même préparation ne lui a pas donné le même bénéfice.

Trop souvent malheureusement on n'a pas à s'inquiéter seulement de l'état du côlon, mais aussi de celui de l'estomac : il faut compter avec la dyspepsie stomacale et se comporter d'une façon différente suivant qu'on a affaire à l'hyperchlorhydrie, à l'hypochlorhydrie ou à la dyspepsie nervo-motrice dans laquelle prédominent l'hyperesthésie et l'incoordination ou l'insuffisance motrices. Je dois m'en tenir à signaler l'intervention si commune du facteur gastropathique : cela me mènerait trop loin d'en indiquer le traitement, même le régime alimentaire.

Il est assez exceptionnel qu'on doive condamner les malades au régime lacté exclusif : l'indication n'en est guère fournie que par les débâcles diarrhéiques, les poussées de diarrhée vraie avec phénomènes accentués d'embarras gastrique, surtout lorsqu'il y a de la fièvre. Dans ces conditions, il est très utile de soumettre pendant quelque temps les malades au régime lacté et aux purgatifs alcalins : je ne connais pas de moyen plus puissant de réaliser l'antisepsie intestinale. Plus tard on ajoutera des laitages de divers ordres, des œufs et des purées.

Il n'est pas très rare que les malades atteints d'entérite muco-membraneuse s'alimentent insuffisamment, soit par absence d'appétit, soit par crainte des malaises que provoque la digestion. Ils sont dans un état permanent d'inanition relative qu'il importe de faire cesser. Il faut les pousser à s'alimenter davantage, un régime bien compris leur rend la digestion moins pénible, et, du reste, la dyspepsie s'améliore à mesure que leurs forces se relèvent.

Quelques-uns sont tombés dans un état accentué d'anémie et de maigreur. A ceux-là conviendra fort bien la viande crue qui a l'avantage d'être un tonique alimentaire (1).

(1) Communication présentée à la Société de Thérapeutique, le 9 juin 1897.

Technique de la cure de la hernie inguinale par la méthode sclérogène (1).

Par le Pr LANNELONGUE,

Membre de l'Institut,
Professeur à la Faculté de Médecine.

L'Académie a certainement gardé le souvenir de malades opérés de hernie inguinale, par la méthode sclérogène, que j'ai présentés le 8 juillet 1896. Les résultats que je montrai, alors, à mes collègues, étaient certainement dignes d'attention; ils étaient excellents, mais trop récents pour permettre d'asseoir un jugement sur la valeur de la méthode. Aussi fis-je à cette époque la promesse de suivre les sujets opérés et de faire connaître leur état, après six mois d'attente. C'est cette promesse que je viens tenir.

Mes cinq premières opérations ont été pratiquées les 3 et 17 juin 1896, il y a donc plus d'un an, aujourd'hui. Je vous représente, aujourd'hui, ces cinq sujets auxquels j'ai joint huit autres opérés depuis le mois d'octobre dernier jusqu'à il y a un mois.

Le plus jeune de nos opérés a quatre mois, le plus âgé 60 ans. Je ne pratique plus aujourd'hui les injections durant l'allaitement et j'attends le sevrage; mais je ne vois aucun inconvénient à opérer au delà de 60 ans des sujets qui présentent des hernies dans des conditions ordinaires.

La technique de la cure de la hernie inguinale consiste à faire des injections à la périphérie du sac herniaire, en prenant comme point de repère le squelette ostéo-fibreux de la région. Les saillies osseuses y sont très facilement reconnaissables et l'on peut dès lors remplir avec exactitude et innocuité les indications d'une méthode simple.

On trouvera peut-être que j'ai donné de longs détails pour faire, en somme, une injection sur le pubis, mais qu'on se rappelle, d'une part, la gravité des opérations de cure radicale des hernies et, de l'autre, la fréquence extrême d'une infirmité qui afflige une partie notable de la population, et l'on excusera, je l'espère, celui qui fait tous ses efforts pour chercher un moyen de guérison aussi inoffensif que possible dans son application et à la portée d'un très grand nombre de praticiens qui pourront en faire bénéficier les sujets dès qu'ils sont atteints de cette gênante et souvent douloureuse infirmité.

(1) Communication à l'Académie de Médecine. (Séance du 6 juillet 1897.)

Préparation. — Convient-il de faire subir aux sujets une préparation quelconque? Je ne le pense pas, et je ne le fais pas; pourtant, je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on administre la veille une purgation légère aux sujets adultes. Les enfants, les adolescents et les adultes que j'ai traités ont mené leur vie ordinaire jusqu'au jour de l'opération. Le chloroforme exige qu'ils soient entièrement à jeun.

Je conseille de chercher, chez les adultes, dans quel état sont les reins, et, pour ma part, j'emploie le procédé d'Achard qui se recommande par sa simplicité (1).

Technique. — La préoccupation la plus grande durant les injections doit être de ne pas envoyer le liquide dans la cavité abdominale et ne pas blesser les éléments du cordon, le canal déférent en particulier.

On évitera sûrement le premier accident en réduisant la hernie et en faisant fermer, par deux doigts de la main d'un aide, l'orifice supérieur que j'appellerai péritonéal (2) pour ne pas prêter à confusion; ces deux doigts feront une compression suffisante pour ne pas laisser sortir les viscères, même en cas d'efforts du malade, pendant les deux ou trois minutes que peut durer l'opération. En tenant le sujet dans un sommeil complet, on évitera facilement ces efforts. L'injection ne se faisant pas dans le sac herniaire, la recommandation précédente n'est faite qu'en vue d'une erreur que chacun peut commettre, mais qui sera dès lors sans danger.

Le champ opératoire préparé antiseptiquement, les poils rasés, bien entendu, je fais ordinairement deux séries d'injections : trois en dedans, trois en dehors du cordon et plutôt en arrière de lui. Il est vraiment facile de déposer le liquide sur le pubis sans blesser le cordon.

Je prends le cas d'une *hernie inguinale droite* descendant ou non dans les bourses. Le patient est étendu sur le dos, l'opérateur est à sa droite, l'aide qui comprime l'anneau est du même côté, vers la tête du sujet. On procède d'abord à la pratique des trois injections internes, c'est-à-dire en dedans du cordon, en commençant par la plus élevée. Celle-ci, la première, doit être faite dans l'anneau *inguinal interne* que j'appellerai *pubien*, et le liquide doit être déposé sur le *bord supérieur du pubis* entre la *symphyse* et l'*épine pubienne*, c'est-à-dire le plus haut possible.

L'index de la main gauche a pour fonction de chercher d'abord le cordon, puis de le protéger pendant l'injection. Pour cela, la pulpe de ce doigt est appliquée sur le pubis en regard de la symphyse et au niveau du bord supérieur; de là, le doigt est ramené en dehors parallèlement au bord supérieur du pubis en comprimant les parties molles de

(1) Ce procédé repose sur l'emploi de la solution de bleu de méthylène à 1 pour 20 dans l'eau distillée stérilisée. On injecte 1 centimètre cube de cette solution dans la fesse; après avoir fait uriner le malade afin de vider la vessie, on recueille ensuite l'urine dans des vases séparés, une demi-heure et une heure après l'injection, puis d'heure en heure, autant que possible, dans des vases distincts pendant six heures. Si les reins sont en bon état, le bleu doit passer dans le cours de la première heure. S'il y a un simple retard, c'est-à-dire si le bleu passe seulement au bout de deux heures ou davantage, cela indique une diminution dans la perméabilité du rein. Un retard plus grand indiquerait des altérations plus avancées du rein.

Si l'urine des premières heures n'est pas teintée en bleu, il faut l'agiter avec du chloroforme, elle prend une teinte bleue, si le bleu a passé. Cette dernière épreuve est sinon absolument décisive, du moins très suffisante pour être fixé.

(2) Afin d'éviter toute confusion dans le langage, j'appellerai *péritonéal* l'anneau inguinal dit encore supérieur profond ou interne, et pubien l'anneau dit externe, inférieur ou cutané.

manière à sentir la résistance de l'os. Il rencontre bien vite la saillie du cordon qui s'échappe en faisant un ressaut souvent visible et que l'on sent toujours. Ce ressaut indique que le cordon est venu se placer en avant de la pulpe et de l'ongle de l'index.

A ce moment le doigt va suivre le même chemin, mais en sens inverse; il rencontre de nouveau le cordon qui passe brusquement en arrière de lui. Le doigt arrête alors sa course; il maintient le cordon en arrière (voir *fig. 1*) et il le recouvre; l'ongle s'appuie sur le bord supérieur du pubis au-dessus de l'anneau pubien.

De la main droite le chirurgien pousse l'aiguille de la seringue immédiatement en avant de l'ongle; il est sûr de ne pas blesser le cordon, que le bout du doigt protège, et de se trouver dans l'anneau pubien puisque les deux piliers s'insèrent l'un dans l'angle de la symphyse et l'autre en dehors de l'épine pubienne (voir *fig. 2*).

La manière de pratiquer la *première injection* n'est pas indifférente. L'aiguille doit piquer les téguments sur la ligne médiane et même plus en dehors, sur le côté sain, pour se diriger obliquement vers le pubis. Pour cela, la seringue est inclinée de manière à former avec la peau un angle de 100° à 120°; elle est à peu près dans l'axe du pli de l'aine. Elle pénètre dans les tissus un peu au-dessus de la symphyse, et la pointe de l'aiguille, après avoir traversé les parties molles, atteint le *bord supérieur* du pubis au-devant de l'ongle du doigt de la main gauche. Il faut que la pointe soit arrêtée par l'os.

Il m'est arrivé plusieurs fois de manquer le bord supérieur du pubis et d'enfoncer l'aiguille plus profondément dans le bassin, sans injecter du liquide bien entendu; cela n'a pas eu de suite. On la retire et on recommence la piqûre en se mettant un peu plus bas. Le doigt de la main gauche, qui repose sur le pubis, est le meilleur guide pour éviter toute erreur.

Dix gouttes de liquide sont déposées dans l'anneau inguinal sur les plans ostéo-fibreux de la région. Le liquide de la première piqûre interne est déposé en réalité assez loin du péritoine abdominal; il diffuse sur la surface postérieure du cordon, sur le pilier postérieur et sur la paroi postérieure du trajet inguinal.

La *seconde piqûre* est faite de la même manière à un demi-centimètre ou un centimètre de la précédente; l'indicateur gauche, placé sur la face antérieure du pubis plus bas que la première fois, maintient le cordon. On injecte la même quantité de liquide.

Enfin, pour la *troisième piqûre*, il convient d'incliner la seringue un peu de bas en haut. Chez les très jeunes sujets, on peut ne faire que deux piqûres en dedans du cordon.

La *seconde série des trois injections* est faite en dehors du cordon. La *première* est pratiquée sur le bord supérieur du pubis à peu près au niveau de l'épine pubienne (voir *fig.* 2).

L'opérateur se place à gauche du patient; le doigt indicateur gauche cherche le cordon en partant de l'épine pubienne, et en allant vers la symphyse; refaisant le même chemin en sens inverse, il rencontre de nouveau cet organe qu'il refoule et maintient en place comme précédemment. On fait la première injection sur le bord supérieur du pubis dans la région de l'épine pubienne en tenant la seringue obliquement à 100° ou 120° et dans l'axe du pli de l'aine. La pointe de l'aiguille doit buter sur l'os immédiatement en avant de l'index gauche.

Pour la *seconde et la troisième piqûre* on suivra les indications des injections internes. On se rappellera qu'il faut, avec l'index gauche, aller chercher le cordon un peu en

dehors pour le repousser en dedans et que, de plus, le corps du pubis est assez étroit chez les enfants.

Si l'on n'y prend pas garde on peut enfoncer l'aiguille à travers les muscles adducteurs et jusque dans le trou ovale, chose sans grande importance d'ailleurs. Pour éviter tout cela, on relèvera la seringue en conduisant l'aiguille véritablement sur le pubis, sur lequel se trouve appliqué l'index de la main gauche qui est un guide sûr.

Le liquide employé est une solution de chlorure de zinc titrée au dixième et j'en injecte dix gouttes par piqûre, quel que soit l'âge du sujet.

Pour la *hernie inguinale gauche* l'opérateur se place à gauche du patient pour pratiquer les piqûres internes et à sa droite pour faire les piqûres externes.

L'opération est terminée. Avant de réveiller le malade et sans cesser la compression abdominale, on substitue aux doigts de l'aide qui ferme l'anneau péritonéal un petit tampon plat assez serré de la dimension d'une pièce de 5 francs environ, puis un ou deux gâteaux épais d'ouate, et on fait un spica de l'aine avec de la ouate d'abord et une large bande de tarlatane ensuite.

Le bandage doit être un peu compressif. On le renouvellera le lendemain s'il se desserre ; chez la plupart des sujets on le supprimera tout à fait vers le troisième ou le quatrième jour, à la condition que les orifices des piqûres soient fermés, ce qui est la règle. On le remplace par un suspensoir s'il y a de l'œdème scrotal.

(*A suivre.*)

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Sur un cas de septicémie streptococcique traité par le sérum antistreptococcique. (*Wratsch*, n° 20, 1897.) — Dans le cas rapporté par PEDENKO, il s'agit d'un homme de 23 ans chez qui le diagnostic de septicémie streptococcique fut établi par des ensemencements de sang qui donnèrent une culture pure de streptocoques. L'état du malade était excessivement grave : prostration, élévation considérable de température, pouls fréquent et irrégulier. On décida de recourir aux injections de sérum streptococcique.

Après la troisième injection l'amélioration devint très nette : cette amélioration augmenta progressivement avec les injections suivantes. La maladie dura il est vrai très longtemps, près de cinq mois, et se compliqua de gangrène, mais finalement le malade finit par guérir, quoiqu'il ait quitté l'hôpital après l'amputation des deux pieds.

B. TAFT.

Du sérum de Marmoreck. (*Medicinsk. Obosr.*, n° 6, 1897.) — POLYVEKTOFF a eu recours au sérum de Marmoreck dans trois cas d'érysipèle, un cas de fièvre puerpérale et dix-sept cas de scarlatine. Voici quels sont les résultats qu'il a obtenus.

Dans l'érysipèle on a constaté que le sérum exerçait une action favorable sur l'état général des malades et sur l'élévation de température. Il n'y avait pas d'albuminurie.

Dans le cas de fièvre puerpérale, la malade a retiré un certain profit d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum, mais l'amélioration n'a été que passagère ; elle guérit après un curettage.

Enfin dans la scarlatine le sérum n'a paru exercer aucune action favorable. Dans tous les cas graves et même de gravité moyenne, les malades ont succombé. L'auteur note ce fait bien attristant que dans aucun cas le sérum n'a influencé favorablement aucun symptôme même d'importance secondaire. Les complications étaient les mêmes, l'état général ne s'améliorait point. Il conseille, avec juste raison à notre sens, de ne pas employer pour le moment le sérum de Marmoreck dans la scarlatine et d'attendre jusqu'à ce que les bactériologistes aient déterminé la nature vraie de la scarlatine.

B. TAFT.

Sur un cas de tétanos traité par le sérum antitétanique. (*Medicinsk. Obosr.*, n° 5, 1897.) — DZIEDICKI rapporte le cas d'un jeune garçon de 13 ans parfaitement bien portant qui pendant une chute s'est fait une petite blessure à la main droite. Les douleurs furent tellement intenses que la nuit suivante le malade ne put dormir. La petite plaie se cicatrisa rapidement et pendant une semaine le jeune garçon ne ressentit aucune douleur, lorsque le soir du huitième jour il fut pris de mal de gorge suivi le lendemain de contracture des muscles de la colonne vertébrale. Les muscles thoraciques et abdominaux furent pris de crampes et lorsque l'auteur vit le malade pour la première fois, quelques jours après le début du mal de gorge, il se trouva en présence d'un cas de tétanos nettement caractérisé. Il commença par administrer des lavements de chloral mais quoique ces lavements eussent déterminé une certaine amélioration, l'état du malade resta très grave. On pensa alors au sérum antitétanique et l'on injecta 10 centimètres cubes (sérum de l'Institut Pasteur) : l'injection fut répétée le soir du même jour et les jours suivants. Les injections déterminèrent une amélioration qui alla en progressant et le malade finit par guérir. Le nombre total des injections fut de sept ; aucun accident ne fut noté.

B. TAFT.

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Observation d'un diabétique traité par ingestion de bleu de methylène; disparition du sucre au bout de six semaines. par P. MARIE et LE GOFF. (*Société méd. des hôpitaux*, 7 mai 1897.) — Un serrurier, âgé de 48 ans, était atteint de diabète depuis huit ans. Ce malade n'était soumis à aucun traitement antidiabétique : il urinait de 3 litres 500 à 4 litres par vingt-quatre heures et avait 37 gr. 6 à 42 gr. 8 de sucre par litre dans ses urines.

Le 21 mars on le soumet au régime antidiabétique. A midi, repas composé de : 50 grammes poudre de viande, 100 à 120 grammes viande rôtie, 240 centilitres de vin ou bouillon, 65 grammes de pain.

Le soir, soupe grasse ou maigre avec du pain, viande rôtie 200 à 300 grammes, vin 240 centilitres, pain 65 grammes, boisson 2 litres de bouillon.

On lui fait prendre chaque jour 60 centigrammes à 1 gr. 20 de bleu de méthylène : au bout de six semaines le sucre a disparu des urines : le malade en émet encore 3 litres 500 par jour.

Ce fait semble plaider en faveur d'une action thérapeutique spéciale de cette substance sur la glycosurie diabétique.

Il faut cependant remarquer que d'autres causes ont pu agir pour produire la disparition du sucre; la modification du régime alimentaire, et aussi l'administration régulière de 10 grammes de bicarbonate de soude par jour. Le malade prenait déjà des doses élevées de ce sel avant son entrée à l'infirmerie. Le bicarbonate de soude favorise l'action du bleu de méthylène sur la glycosurie.

A. CHASSEVANT.

Applications locales de salicylate de méthyle dans le rhumatisme. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 mai 1897.) — A. SIREDEY résume brièvement ses observations se rapportant au traitement du rhumatisme par des applications locales de salicylate de méthyle. Ces observations sont en complet accord avec celles de Linossier et celles de Lemoine. Ce traitement est aussi efficace et a une action aussi rapide que l'ingestion de salicylate de soude à l'intérieur. Il a l'avantage d'épargner les voies digestives, n'altère aucunement la peau, malgré des enveloppements répétés.

L'emploi de doses très élevées ne semble pas nécessaire. L'auteur n'a jamais dépassé 4 à 5 grammes : le plus souvent trente à quarante gouttes appliquées sur le poignet ou le genou, une ou deux fois par jour, suivant les cas, ont suffi pour faire disparaître les douleurs et le gonflement.

L'enveloppement peut être fait à une certaine distance de la région douloureuse, sur la diaphyse du membre par exemple; mais il est moins efficace que lorsqu'on met le salicylate de méthyle au contact avec la jointure malade.

L'inconvénient de cette médication est l'odeur prononcée du salicylate de méthyle. L'enveloppement plus parfait diminue son intensité tout en augmentant l'activité du médicament.

Le salicylate de méthyle peut être considéré comme le médicament de choix pour le traitement du rhumatisme.

L'essence de Wintergreen est loin de présenter les mêmes avantages que le salicylate de méthyle.

A. CHASSEVANT.

L'acide lactique dans un cas de rhumatisme noueux chronique. (*Medicinsk. Obosr.*, n° 5, 1897.) — Dans le cas rapporté par ZOLOTAVINE, la maladie durait depuis dix ans et la malade en est arrivée à ne plus pouvoir se lever. On avait essayé toutes sortes de médicaments : salicylate de soude, iodure de potassium, piperazine, alcalins et toute une série de moyens locaux, mais on n'a obtenu aucun résultat. L'auteur prescrit l'acide lactique à la dose de dix gouttes qui fut portée progressivement à vingt gouttes. Une heure et demie avant et une heure et demie après avoir pris l'acide lactique, la malade ne mangeait absolument rien. Le traitement a déterminé une amélioration considérable au bout de trois semaines : les douleurs ont diminué ainsi que le volume de la tuméfaction : les sueurs et les troubles intestinaux ont disparu. Un an après, la malade s'est tellement rétablie qu'elle a pu reprendre son travail.

B. TAFT.

Sur un cas de myxœdème traité par la thyroïdine. (*Gazette de Botkine*, n° 3, 1897.) — KAGEMBEK décrit un cas très rare de myxœdème survenu chez une femme de 40 ans et chez laquelle il avait employé la thyroïdine sèche de Merck. La dose de 12 centigrammes répétée trois fois par jour déterminait une faiblesse générale, la diminution de l'activité cardiaque et parfois même des syncopes. L'auteur réduisit alors la dose à

la moitié, puis progressivement la porta à 12 centigrammes sans provoquer cette fois les accidents que nous venons de signaler. Trois semaines après le début du traitement l'état de la malade s'améliorait déjà considérablement et au bout d'un mois elle se rétablit complètement.

B. Taft.

Traitement des formes chirurgicales du goitre par les préparations de glande thyroïde. (*Medicinsk. Obosr.*, n° 5, 1897.) — En se basant sur de nombreux matériaux recueillis à la clinique du Pr Keliaminoff, Serafine est arrivé aux conclusions suivantes ;

1° Le traitement du goitre par la glande thyroïde est le moyen le plus efficace pour la forme connue sous le nom de struma parenchymatosa ;

2° Les résultats de ce traitement sont les suivants. La guérison définitive s'observe rarement et encore elle ne se produit que chez les sujets jeunes, ce qui constitue 7 0/0 du nombre total des goitres observés. Un résultat satisfaisant est constaté dans 63 0/0. Dans ces cas, bien qu'on n'arrive pas à une guérison complète, le goitre diminue toutefois suffisamment de volume pour que, au point de vue pratique, le sujet puisse être considérablement amélioré. Enfin dans 30 0/0 des cas le traitement échoue complètement ;

3° Le traitement par les préparations de glande thyroïde n'exerce aucune action sur les goitres qui ont subi des modifications secondaires : dégénérescence colloïde, enkystement ;

4° L'influence du traitement commence à se manifester assez rapidement presque immédiatement après l'ingestion de premières doses ;

3° C'est la thyroïdine sèche qui représente la meilleure préparation de glande thyroïde ;

6° L'action de la glande thyroïde est de beaucoup plus énergique que celle des préparations iodées ;

7° Les préparations de glande thyroïde dans la maladie de Basedow ne sont indiquées qu'au début ; à une période plus avancée ce traitement non seulement est inutile mais n'est même pas sans présenter quelque danger ;

8° Le succès thérapeutique n'est que passager : on comprendra donc la nécessité de renouveler l'ingestion de glande thyroïde à des intervalles plus ou moins rapprochés suivant les cas.

B. Taft.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Technique opératoire pour l'amputation du rectum cancéreux, par Quénu. (*Revue de chirurgie*, mars 1897.) — Deux conditions essentielles doivent être réalisées dans toute opération de cure radicale de cancer du rectum : d'une part, se créer un accès facile de façon à enlever la lésion tout entière et à en dépasser les limites ; d'autre part, garantir le plus possible de toute souillure toute la région opératoire. Quénu dans ce but a adopté le manuel opératoire suivant : on trace une incision longitudinale et médiane partant d'un point situé en avant de l'anus, puis contournant l'orifice de chaque côté pour rejoindre la commissure postérieure et se prolonger au delà du coccyx ; la peau marginale ayant été légèrement disséquée, on faufile une soie autour de l'anus et on ferme solidement l'orifice. Le sphincter ayant été superficiellement disséqué à sa commissure inférieure et séparé à fond sur le côté du tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale, on se sert du transverse pour trouver le plan profond de séparation du bulbe et du rectum.

On écarte en avant le renflement bulbaire à l'aide d'une anse de fil et on pousse la dénudation jusqu'au bec de la prostate. La dénudation des bords antérieurs du releveur est d'un grand secours pour cette manœuvre ; ces bords faciles à découvrir sont mis à nu et libérés avec le doigt passé entre les faces latérales de la prostate et le muscle. On sectionne alors le releveur avec la plus grande aisance.

La dénudation sur les côtés et en arrière ayant été poussée assez loin, on peut déjà descendre un segment respectable du rectum, tandis qu'on décolle la face postérieure de la prostate jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qu'on a devant soi, étalé sur la face antérieure du rectum rabattu en arrière. De chaque côté on sent des brides qui retiennent encore l'intestin : ce sont les aponévroses sacro-rectales qu'on incise, et le pédicule hémorroïdal moyen qu'on coupe entre deux pinces. On amène ainsi de 8 à 10 centimètres de rectum en dehors du plan anal, sans avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal.

Cette technique doit être modifiée quelque peu quand il y a des adhérences à la prostate.

Le rectum peut adhérer à la prostate par le fait d'un envahissement de l'aponévrose prostato-péritonéale par le tissu épithélial sans exten-

sion au tissu glandulaire, ou par une adhérence inflammatoire du rectum cancéreux à l'aponévrose prostatique saine. Dans les deux cas l'opération est justifiée, à condition que l'exérèse porte sur le parenchyme prostatique. La difficulté consiste à ménager l'urètre : on y arrive en prenant la précaution de placer un cathéter dans le canal, en le saisissant entre les doigts d'une main, et en enlevant la prostate tranche par tranche.

Lorsque le bout du rectum malade a été amené largement au delà du plan anal avec ou sans résection sacro-coccygienne, une ligature est appliquée loin du mal, une autre au-dessous de la première ; de la gaze iodoformée entoure et protège le segment intermédiaire aux deux ligatures et une section rapide emporte le bout à amputer.

Reste la confection d'un anus. Ce dernier pourra être ou à sa place normale ou coccygien ou sacré : ce dernier est le plus mauvais. En tous cas, la condition essentielle de succès est que cet anus soit suturé sans aucune traction au point où on a décidé de le fixer.

Pour éviter la souillure des surfaces cruentées pour l'écoulement du bout rectal, on peut introduire dans ce dernier un gros drain entouré de gaze iodoformée ; on peut aussi laisser une ligature sur l'orifice, on peut enfin lier le bout rectal, non suturé à la peau, sur un tube, afin de conduire au loin de la plaie les sécrétions rectales.

R. Blondel.

De la hernie congénitale péritonéo-funiculaire; cure radicale par la myoplastie, par Schwartz. (*Journal des Praticiens*, n° 16, 17 avril 1897.)— M. Schwartz décrit le procédé de la myoplastie herniaire qu'il a proposé au Congrès de chirurgie de 1898 et qui repose sur les considérations suivantes :

Quand on examine ce qui se passe chez les individus atteints de hernie, on observe que jamais celle-ci ne se produit à travers un plan musculaire ; elle file toujours à travers des aponévroses, qu'il s'agisse d'un orifice naturel ou accidentel qu'elle éraille ou qu'elle distende ; lorsque les hernies sont anciennes (ceci s'applique surtout aux hernies inguinales), presque toujours l'on observe une atrophie, voire même une absence totale du plan musculaire formé par le petit oblique et le transverse ; on les retrouve loin au-dessus du trajet herniaire.

M. Schwartz a pensé pouvoir, dans ces conditions, reconstituer une paroi solide à l'aide d'un lambeau musculaire emprunté à un muscle voisin, et ce muscle a été le grand droit de l'abdomen pour les hernies inguinales, le moyen adducteur pour les hernies crurales. Le lambeau tenant par un pédicule assez large pour assurer sa nutrition, continue à vivre et constitue un tissu de choix pour résister à la poussée abdominale et s'opposer à la récidive que l'on voit encore assez souvent survenir après les autres manières de faire, surtout quand il s'agit de grosses hernies et de sujets à professions dures et pénibles.

Quand il s'agit d'une hernie inguinale, M. Schwartz pratique aussi la myoplastie herniaire ; après avoir réséqué le sac à l'anneau inguinal interne et fait sa ligature, les deux piliers du grand oblique étant repliés par des pinces, il met à nu par quelques coups de sonde cannelée l'aponévrose antérieure du grand droit de l'abdomen correspondant au côté malade ; il fend la gaine sur une hauteur de 8 à 10 centimètres près du bord externe du muscle ; la gaine ouverte, ses deux lèvres sont saisies chacune avec une pince de Kocher, de façon à étaler largement la masse musculaire. Avec une sonde cannelée, il charge un faisceau musculaire large de 3 à 4 centimètres, comprenant la moitié antérieure du droit comme épaisseur et d'une longueur de 6 à 8 centimètres, et le décole avec le doigt une fois le chemin tracé. Il le sépare d'un coup de ciseau du reste du muscle en haut tandis qu'en bas il le laisse adhérer par un pédicule épais ; alors soulevant le pilier interne de l'anneau inguinal, il ouvre avec un bistouri passé à plat la cloison de séparation entre le canal inguinal et la gaine du grand droit ; il attire par l'ouverture ainsi faite le lambeau musculaire adhérent encore par son pédicule inférieur, le couche transversalement au-dessous du petit oblique et du transverse auxquels il le suture par deux ou trois points de fine soie ou de catgut ; la gaine du grand droit est refermée par une série de points de suture sans qu'il y ait lieu de s'occuper de l'hémostase du muscle sectionné, car dans sa moitié antérieure il n'y a aucun vaisseau important et jamais il ne se forme d'hématome. Le lambeau musculaire déjà suturé au bord inférieur du petit oblique et du transverse est en outre fixé à l'arcade crurale en dehors. Puis les piliers de l'anneau inguinal sont réunis par des soies n° 2 et l'opération est terminée comme d'habitude.

G. Lyon.

Sur un cas de laparotomie pour péritonite tuberculeuse. (*Wratsch*, n° 21, 1897.) — Il s'agit dans le cas rapporté par Kyssèle à la Société des médecins d'enfants à Moscou, d'un enfant de 2 ans chez lequel à l'ouverture du ventre on avait trouvé le péritoine farci de tubercules. On se contenta de laisser s'écouler le liquide péri-

tonéal, après quoi on ferma le ventre. Ajoutons qu'on avait trouvé les bacilles caractéristiques dans un fragment de péritoine réséqué. Depuis l'opération il s'est passé quatre ans. L'enfant, qui a maintenant 6 ans, a l'air très bien portant, son développement physique est bien en rapport avec son âge; sa nutrition est bonne, à la palpation du ventre on ne trouve rien d'anormal, si ce n'est que le foie déborde d'un travers de doigt le rebord costal. Les muqueuses visibles à l'œil nu sont assez bien colorées.

B. Taft.

Note sur quelques propriétés de l'acide picrique en chirurgie, par M. Allan. (*British medical Journal*, 20 février 1897.) — La solution concentrée d'acide picrique dans l'alcool, additionnée de deux fois son volume d'eau, arrête la suppuration et supprime la douleur des eczémas et des surfaces ulcéreuses de la jambe.

Recouvrir après le badigeonnage la partie ulcérée d'un emplâtre adhésif pour éviter l'accès de l'air et la contamination.

Dans les plaies récentes, avec ou sans grandes pertes de substances, ce traitement donne de bons résultats : là où les greffes de Thiersch n'avaient pas prise, l'acide picrique a donné une cicatrisation rapide.

Chez les hémophiles l'acide picrique arrête les hémorragies beaucoup plus rapidement que n'importe quel autre traitement.

L'acide picrique est un hémostatique antiseptique et astringent.

A. Chassevant.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des dysenteries graves par les injections intra-veineuses d'eau salée, par F.-J. Bosc et V. Vedel (de Montpellier). (*Presse médicale*, 23 juin 1897.) — Bien que les auteurs n'apportent que quatre cas nouveaux, les conclusions de leur travail sont intéressantes à retenir.

Pour eux, les injections intra-veineuses massives de solution salée à 7 0/00 constituent un traitement énergique des dysenteries graves.

Ces injections doivent être relativement précoces et répétées, de façon à pouvoir développer des réactions générales soutenues et une modification de l'état local capables de conduire à la guérison. Ils ont obtenu 3 guérisons chez 3 malades pour lesquels il leur a été possible de suivre les indications essentielles, tandis que, chez un quatrième, traité en pleine période agonique, les injections ont pu amener des améliorations notables de l'état général et prolonger la vie, mais la mort n'a pu être empêchée, du fait des lésions déjà irréparables de l'intestin.

Il n'y a pas de contre-indications à l'emploi des injections intra-veineuses dans la dysenterie, mais on devra être réservé sur la quantité et surtout la vitesse de la solution injectée, sachant que l'injection hypermassive est ici dangereuse. Ils ont injecté chaque fois une quantité de liquide variant de 1,000 centimètres cubes à 1,800 centimètres cubes, avec une vitesse allant de 50 à 100 centimètres cubes par minute.

R. Blondel.

Action analgésique du bicarbonate de soude dans les dyspepsies, par le Dr G. Linossier. (*Lyon médical*, 1er juin 1897.) — Ce sel ne calme pas exclusivement les douleurs de l'hyperchlorhydrie, mais en général la plupart des malaises qui coïncident avec la fin de la digestion stomacale, quel que soit d'ailleurs le trouble chimique de la digestion. Il ressort de cette étude une double conclusion :

1° Le fait qu'une crise douloureuse, survenant quelques heures après le repas, est calmée par une dose élevée de bicarbonate de soude, ne prouve pas que cette crise est attribuable à de l'hyperchlorhydrie, ni même à de l'hyperacidité.

C'est pour s'être trop fié à ce caractère que certains auteurs ont exagéré notablement le nombre des hyperchlorhydriques;

2° L'action analgésique du bicarbonate de soude pourra être utilisée dans la plupart des crises douloureuses *survenant régulièrement quelques heures après le repas*, même quand l'ensemble des symptômes ou l'analyse chimique auront fait éliminer le diagnostic d'hyperchlorhydrie (50 centigrammes à 2 grammes un moment avant l'heure habituelle des malaises, dans une infusion très chaude).

Les crises les plus tardives sont, en général, des plus facilement calmées. Celles qui se produisent immédiatement après le repas, celles qui sont continues, ne le sont pas le plus souvent.

Parmi les malaises digestifs éloignés du repas, on peut classer l'insomnie des dyspeptiques. Dans bien des cas on en triomphe en faisant prendre 1 à 2 grammes de bicarbonate de soude quatre à cinq heures après le repas du soir.

R. Blondel.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Traitement des ulcérations graves de la cornée, par ROCHON-DUVIGNAUD. (*Journal des Praticiens*, nos 22-29, mai 1897.) — Le cas le plus fréquent est celui d'un ulcère avec infiltration de pus jaunâtre dans les lames de la cornée et dépôt purulent en forme d'onglet dans les parties déclives de la chambre antérieure (hypopyon). Le danger est ici avant tout dans la destruction qui menace la cornée et peut se faire en quelques jours.

Dès que l'ulcère est quelque peu étendu en largeur ou en profondeur, et surtout si sa marche est rapide, il faut l'enrayer immédiatement par une cautérisation bien faite. Pour cela, la cornée étant anesthésiée par quelques instillations de cocaïne à 4 0/0, on prendra soit le galvano, soit le thermo-cautère (pointe olivaire de préférence), soit même une aiguille à bas ou un stylet à extrémité mousse. Le cautère sera porté au rouge sombre. Il faut alors non pas toucher seulement l'ulcère, mais le détruire dans toute son étendue et sans craindre de dépasser légèrement ses limites. La perforation de la cornée et le jaillissement brusque de l'humeur aqueuse ne sont pas chose grave. On fera ensuite un grand lavage des culs-de-sac conjonctivaux avec l'eau boriquée chaude ou mieux le cyanure de mercure à 1/2000, on introduira entre les paupières un peu de vaseline iodoformée à 3 ou 4 0/0 et l'on appliquera un pansement occlusif qui devra être changé tous les jours.

Le collyre à instiller est l'atropine; il faut en effet chercher avant tout à prévenir l'iritis. Quant à l'hypopion il ne faut pas y toucher, car il se résorbe très vite après la destruction ignée de l'ulcère.

Toutes les fois que l'ulcère est sous la dépendance d'une dacryocystite purulente, il faut avant tout et de toute nécessité tarir la source primitive, faire de grands lavages des voies lacrymales (cyanure à 1/2000 ou permanganate à 1/5000), préalablement ouvertes soit au niveau du sac, s'il est très dilaté, soit par débridement du point lacrymal inférieur.

G. LYON.

Deux cas de diphtérie oculaire traitée par le sérum antidiphtérique (*Medicinsk. Obosr.*, n° 6, 1897.) — MOLTSCHANOFF rapporte deux cas de diphtérie oculaire; dans l'un il s'agit d'une fillette de 2 ans, dans l'autre d'une fillette de 14 ans.

Le traitement dans les deux cas a été local et général. Localement on faisait dans le premier cas des lavages de l'œil malade avec une solution faible de sublimé (à 1 pour 5000). Dans le deuxième cas, en outre des lavages de sublimé on saupoudrait la plaie cornéenne à l'iodoforme.

Enfin le traitement général qui nous intéresse surtout consistait en injections de sérum antidiphtérique de Gabritschewsky. Dans le premier cas (enfant de 2 ans) on injecta à la fois 10 centimètres cubes de sérum. Quinze heures après l'injection la température tomba, les fausses membranes de l'arrière-gorge disparurent le lendemain, les fausses membranes de l'œil devinrent plus molles. L'amélioration alla en progressant et la petite malade finit par guérir. Il n'y a pas eu de récidive du côté de l'œil. Comme complication de la sérothérapie on nota une éruption hémorragique localisée aux extrémités inférieures et aux fesses; cette éruption parut le dixième jour après l'injection et disparut au bout de cinq jours. Dans le deuxième cas on injecta en vingt-quatre heures 20 centimètres cubes de sérum de Gabritschewtky. L'amélioration se manifesta pendant le premier jour qui suivit l'injection : la température tomba presque à la normale et la tuméfaction des paupières diminua. Le troisième jour la malade pouvait déjà ouvrir les yeux et la conjonctive fut complètement détergée. La plaie cornéenne suivit une marche plus lente mais favorable. Toutefois dans ce cas la vue fut perdue à cause d'une panophtalmie.

B. TAFT.

Cocaïnisation de l'iris. (*Revue russe d'ophtalmologie*, nos 11-12, 1896.) — Pour anesthésier l'iris pendant les opérations pratiquées sur cette membrane, ROUDINE conseille de faire une injection sous-conjonctivale près du bord de l'iris où l'on va faire l'incision. On se servira d'une solution à 5 0/0 et l'on injectera de 3 à 4 divisions de la seringue de Pravaz. Il est bien entendu que cette injection sous-conjonctivale qu'on fera immédiatement *avant l'acte opératoire* ne dispensera nullement de l'instillation de cocaïne dans le sac conjonctival pratiqué habituellement. L'injection une fois faite on fera de légères frictions sur toute la circonférence de l'iris.

Roudine cite 12 cas d'iridectomie pratiqués dans ces conditions : dans 1 seul cas l'iris est resté sensible; dans 6 cas l'anesthésie a été complète, et enfin dans les 5 autres cas la sensibilité a été considérablement émoussée.

B. TAFT.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement local de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu. (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, mars 1897.) — Voici la prescription de M. GAUCHER :

1° *Décapage*. Lotions avec la solution de bicarbonate de soude à 5 ou 7 0/0, ou avec l'éther de pétrole, ou avec la décoction de Panama coupée de un demi d'alcool, ou la solution de borax à 5 0/0 à laquelle on ajoute 7 grammes d'éther sulfurique.

2° *Modificateurs*. Lotions à la solution faible de polysulfure de potasse, ou pommade soufrée à 1/30, ou pommade au turbith à 1/10, ou lotion avec :

Alcool	100	grammes.
Chloral	2	—
Résorcine	1	—
Sublimé	10	centigr.

On peut y ajouter 5 grammes d'huile de ricin.

3° Excitation de la peau, au moyen d'un mélange de teintures alcooliques.

Pour le pityriasis alba ou séborrhée blanche, pommade au calomel ou lotions salicylées à 1 0/0.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement des ulcères de jambe par la chaleur. (*Union méd. du N. E.*, avril 1897.) — M. COLLEVILLE se sert d'un simple bec de Bunsen, rattaché par un tube de caoutchouc à la première prise de gaz venue, et d'un petit carré de grillage métallique; celui-ci est léché sur une petite surface par la flamme *bleue* du bec Bunsen, réglé de façon à ce que le grillage commence à rougir sur cette petite surface. Les contours de la plaie sont protégés par des lignes mouillées. Au niveau de l'ulcère, la chaleur, 45° centigrades, est supportable en raison de la couche d'air qui passe entre la plaie et l'écran rougi, qui en est tenu à 25 centimètres.

Les séances durent de vingt-cinq à soixante minutes. L'ulcère est alors recouvert d'une sérosité semblant congelée à sa surface, dans laquelle se font l'exode des leucocytes, la segmentation et la multiplication des cellules fixés; à chaque séance, en effet, on constate de nouveaux bourgeons charnus. A la périphérie se fait un liseré blanchâtre, opalin transparent.

Quand on entre dans la période d'épidermisation franche, le chauffage se fait moins intense, mais plus prolongé.

Après l'exposition au feu, on laisse sécher la sérosité réparatrice, puis on applique un pansement aseptique.

Les séances ont duré en moyenne de deux à trois quarts d'heure, leur nombre s'élevant de cinq à vingt-cinq. L'épidermisation serait ainsi très vite obtenue.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement des ulcères de jambe. (*New-York med. Journ.*, p. 352, 1896.) — ELDEN insiste sur la propreté, le savonnage de la jambe, l'excision au bistouri des bords indurés. On cautérise les bourgeons charnus au crayon, puis on saupoudre la plaie d'acide borique et on panse. S'il y a des varices, bandage compressif; le meilleur est la bande de flanelle que le malade doit apprendre à appliquer lui-même.

Quand l'ulcère s'améliore et diminue, employer l'ichtyol, par exemple la préparation suivante :

Acide phénique	2	grammes.
Acide borique	10	—
Camphre pulvérisé	7	gr. 5
Ichtyol	20	grammes.
Huile d'amandes douces	9	gr. 5
Onguent de zinc	100	grammes.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement rationnel de la syphilis. (*Medicins. Obosr.*, n° 8, 1897.) — SMIRNOFF, se basant sur sa longue expérience personnelle, formule de la façon suivante les indiquations du traitement rationnel de la syphilis :

1° Le traitement rationnel de la syphilis doit être basé sur la nature de la maladie et non pas sur l'action des différents moyens thérapeutiques destinés à le combattre.

2° La syphilis est une *maladie du sang*, de sorte que le but du traitement doit consister exclusivement à introduire dans le sang une quantité de substance spécifique (mercure) qui soit suffisante pour neutraliser le poison syphilitique contenu dans ce sang. Lorsque cette neutralisation est obtenue, tous les phénomènes locaux disparaissent progressivement.

3° Le seul moyen thérapeutique véritablement spécifique contre la syphilis, c'est le mercure. L'iode, les bains sulfureux et tous les autres moyens employés dans le traitement de la syphilis ne peuvent être que des adjuvants. D'où il résulte que dans aucune période soit primaire, soit se-

condaire, soit enfin tertiaire on ne saurait compter sur la guérison de la maladie sans le mercure.

4° Plus tôt le traitement mercuriel est commencé et moins graves sont les accidents syphilitiques consécutifs et plus facilement ils cèdent au traitement.

5° La quantité de mercure ainsi que le procédé pour l'introduire dans l'organisme ne peuvent pas être déterminés d'une façon absolue et uniforme. C'est au médecin de juger suivant les cas. Mais il ne faudra pas perdre de vue ce fait que le mercure pour qu'il exerce toute son action bienfaisante *doit rester dans le sang un certain laps de temps*. C'est pour cela que dans les cas où l'on n'est pas forcé de juguler rapidement la maladie, le traitement rationnel consistera à introduire le mercure lentement et à doses modérées.

6° On ne saurait oublier dans le traitement mercuriel que cette substance, une fois son rôle thérapeutique accompli, doit être éliminée. Or comme cette élimination ne peut s'accomplir que par la voie des sécrétions normales, il va de soi que ces fonctions sécrétoires et excrétoires doivent être absolument régulières. Il en résulte que des troubles fonctionnels des sécrétions ou des excrétions devront être considérés comme des contre-indications absolues à l'introduction du mercure dans l'organisme, autrement dit le traitement sera suspendu pour un laps de temps plus ou moins long suivant les cas.

7° On n'arrive jamais à introduire dans l'économie *en une seule fois* toute la quantité de mercure qui est nécessaire pour la neutralisation du poison syphilitique contenu dans le sang. C'est pour cela que l'introduction du mercure doit être répétée à de longs intervalles pour que l'économie ait eu le temps d'assimiler la quantité introduite sans que les fonctions physiologiques soient troublées.

8° Plus profondément a pénétré le poison syphilitique (périoste, os, foie, cerveau, etc.) plus les quantités de mercure nécessaires pour arriver à la guérison seront grandes et plus prolongé sera le traitement.

9° Lorsque les syphilitiques sont soignés dans les villes d'eaux, les résultats les plus durables sont obtenus dans les cas où les malades ayant été saturés de mercure ne se soumettent à aucun traitement jusqu'à la saison prochaine. Dans ces conditions le mercure introduit a le temps d'exercer toute son action curative et l'amélioration des symptômes est constante.

10° Les eaux minérales sulfureuses, en augmentant énergiquement les échanges organiques, contribuent très rapidement à l'élimination du mercure. L'emploi simultané des bains sulfureux chauds et du mercure est donc absolument contre-indiqué, car il va jusqu'à l'encontre du but qu'on poursuit : la saturation de l'organisme par le mercure.

11° Dans chaque cas nous avons un critérium qui nous permet de juger le degré de saturation de l'économie par le mercure. Mais nous ne pouvons dire avec certitude à quel moment le malade peut être considéré comme parfaitement guéri. Ce sera à la bactériologie de nous donner ce critérium.

B. Taft.

Modifications qualitatives et quantitatives du sang dans le traitement mercuriel. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — Yakeine a fait des recherches à ce sujet sur 18 malades et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Sous l'influence du traitement mercuriel (les frictions, par exemple) la quantité d'érythrocytes augmente à tel point qu'à la fin du traitement elle est supérieure à la quantité normale. L'hémoglobine augmente également en quantité.

2° Le nombre des globules blancs reste à peu près normal, mais tandis que dans la syphilis non traitée on constate une diminution des formes jeunes et une accumulation des formes mûres, dans la syphilis traitée on ne constate pas ces phénomènes.

3° Le traitement mercuriel détermine incontestablement une irritation légère dans les organes hémato-poiétiques.

B. Taft.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chirurgien des hôpitaux.

Traitement des cystites tuberculeuses, par Banzet. (In *Ann. gén.-ur.*, p. 561, 1897.) — Le traitement médical tient une grande place : il peut quelquefois suffire. Il doit être tonique, bien plutôt que calmant. Eviter de prendre les malades pour des albuminuriques à régime lacté. Une bonne préparation est la suivante, prescrite souvent par Guyon :

Créosote	5 centigr.
Iodoforme	1 —
Arseniate de soude	1 milligr.
Cynoglosse	5 centigr.
Poudre de benjoin	Q. s. pour une pilule.
Sirop	

Faire cent pilules semblables. Prendre quatre par jour.

Le traitement local est important.

Le plus employé consiste en des instillations de sublimé (de 1/10000 à 1/5000) sans addition d'alcool. Le gaïacol est bon dans les états très douloureux.

Le curettage de la vessie par l'urètre chez la femme, par une boutonnière périnéale chez l'homme donne d'heureux résultats. En cas d'insuccès on aura recours à la taille hypogastrique, ou surtout à la taille vésico-vaginale chez la femme.

E. Chevalier.

Note sur le drainage prolongé de la vessie par les voies naturelles, par Escat. (In *Ann. gén.-ur.*, p. 594, 1897.) — C'est le traitement par la sonde à demeure fixée par un appareil, sorte de muselière en caoutchouc, dont l'auteur donne la description et les figures, et qu'il a appliqué dans le service du Dr Bazy. Cet appareil permet d'éviter les inconvénients du séjour au lit et laisse le malade vaquer à ses occupations. Il permet d'éviter les ennuis du meat hypogastrique (cystostomie). La sonde à demeure ouvre la voie à des améliorations inattendues.

Les déformations pathologiques de l'urètre prostatique et de la vessie peuvent pourtant créer des foyers de stagnation inaccessibles à la sonde et enrayer prématurément ses bons effets.

E. Chevalier.

Traitement opératoire des fistules uretérales par implantation abdominale de l'uretère dans la vessie. (*Septième Congrès de la Société allemande de gynécologie*, 11 juin 1897.) — M. J.-A. Amann (de Munich) relate deux cas de fistules uretéro-cervicales qu'il a opérées par implantation directe de l'uretère correspondant dans la vessie en utilisant la voie abdominale (l'une des deux malades avait été opérée sans résultat par le vagin). Les deux malades ont guéri et les résultats ont été excellents. Voici la méthode opératoire qu'il a employée :

Après incision médiane des parois abdominales, on va à la recherche de l'uretère en se guidant sur l'artère iliaque (dans les deux cas il était considérablement épaissi et dilaté), on pratique une boutonnière dans le péritoine et on libère complètement le canal urinaire à ce niveau. Ceci fait, on cherche le point où l'uretère pénètre dans le tissu cicatriciel du plancher pelvien, on le libère aussi à ce niveau et, après l'avoir incisé entre deux ligatures, on attire son bout supérieur à travers la fente péritonéale au niveau de l'artère iliaque. Il s'agit maintenant d'établir le nouveau chemin que doit suivre l'uretère pour arriver à la vessie ; on le fait à l'aide d'un instrument mousse en partant de la plaie abdominale et en passant latéralement au niveau de la ligne innominée sous le péritoine jusqu'à la boutonnière péritonéale iliaque ; l'uretère est alors attiré à travers cette nouvelle voie à l'aide d'une pince longuette. De cette manière, au lieu de descendre dans le petit bassin, il longe latéralement celui-ci au niveau de l'os iliaque. A l'aide d'un gros cathéter, on repousse la vessie à la rencontre de l'uretère et on la fixe par de nombreuses sutures dans cette nouvelle position, à peu près au niveau de la fosse iliaque interne. La vessie et le bout inférieur de l'uretère ainsi rapprochés, rien n'est plus facile, après fermeture de toutes les incisions péritonéales, y compris l'incision du péritoine correspondant à la plaie abdominale, de procéder *extra-péritonéalement* à la suture oblique de l'uretère à la vessie. Les avantages de cette opération sont les suivants :

1° On fait suivre à l'uretère, pour arriver à la vessie, une voie relativement courte et située en dehors de la cavité péritonéale.

2° On déplace la vessie à la rencontre du canal uretéral jusque dans la fosse iliaque correspondante.

3° La suture de la vessie et de l'uretère se fait en dehors du péritoine et après fermeture complète de la cavité péritonéale.

4° Dans le cas où la réunion de l'uretère a la vessie ne se ferait pas par première intention, on peut arriver très facilement au lieu d'implantation, situé dans le voisinage de la paroi abdominale. La malade succomberait inévitablement si l'implantation était exécutée dans la cavité péritonéale et que la réunion ne se fît pas par première intention.

R. Blondel.

Traitement du paraphimosis. (*Archives médicales belges*, juin 1897.) — M. Guyot décrit un procédé qui est une association de la compression graduelle aux irrigations d'eau froide entre les jambes écartées. Une compresse fine et souple, mouillée, est enroulée plusieurs fois autour de la verge. De la main gauche en supination, le médecin saisit la verge à pleine main, pendant que de la main droite, armée d'une autre compresse, d'une éponge ou d'un irrigateur, il projette largement l'eau froide sur les parties sexuelles. La main gauche étreint progressivement la verge, en portant ses efforts particulièrement sur les bourrelets œdémateux et sur le gland. Ces premières irrigations d'eau froide ont pour effet d'atténuer la sensibilité du gland plus ou moins enflammé et de diminuer l'éréthisme de la verge en faisant refluer le sang des corps caverneux, dont la compression excen-

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Observation d'un diabétique traité par ingestion de bleu de methylène; disparition du sucre au bout de six semaines, par P. MARIE et LE GOFF. (*Société méd. des hôpitaux*, 7 mai 1897.) — Un serrurier, âgé de 48 ans, était atteint de diabète depuis huit ans. Ce malade n'était soumis à aucun traitement antidiabétique : il urinait de 3 litres 500 à 4 litres par vingt-quatre heures et avait 37 gr. 6 à 42 gr. 8 de sucre par litre dans ses urines.

Le 21 mars on le soumet au régime antidiabétique. A midi, repas composé de : 50 grammes poudre de viande, 100 à 120 grammes viande rôtie, 240 centilitres de vin ou bouillon, 65 grammes de pain.

Le soir, soupe grasse ou maigre avec du pain, viande rôtie 200 à 300 grammes, vin 240 centilitres, pain 65 grammes, boisson 2 litres de houblon.

On lui fait prendre chaque jour 60 centigrammes à 1 gr. 20 de bleu de méthylène : au bout de six semaines le sucre a disparu des urines : le malade en émet encore 3 litres 500 par jour.

Ce fait semble plaider en faveur d'une action thérapeutique spéciale de cette substance sur la glycosurie diabétique.

Il faut cependant remarquer que d'autres causes ont pu agir pour produire la disparition du sucre; la modification du régime alimentaire, et aussi l'administration régulière de 10 grammes de bicarbonate de soude par jour. Le malade prenait déjà des doses élevées de ce sel avant son entrée à l'infirmerie. Le bicarbonate de soude favorise l'action du bleu de méthylène sur la glycosurie.

A. CHASSEVANT.

Applications locales de salicylate de méthyle dans le rhumatisme. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 mai 1897.) — A. SIREDEY résume brièvement ses observations se rapportant au traitement du rhumatisme par des applications locales de salicylate de méthyle. Ces observations sont en complet accord avec celles de Linossier et celles de Lemoine. Ce traitement est aussi efficace et a une action aussi rapide que l'ingestion de salicylate de soude à l'intérieur. Il a l'avantage d'épargner les voies digestives, n'altère aucunement la peau, malgré des enveloppements répétés.

L'emploi de doses très élevées ne semble pas nécessaire. L'auteur n'a jamais dépassé 4 à 5 grammes : le plus souvent trente à quarante gouttes appliquées sur le poignet ou le genou, une ou deux fois par jour, suivant les cas, ont suffi pour faire disparaître les douleurs et le gonflement.

L'enveloppement peut être fait à une certaine distance de la région douloureuse, sur la diaphyse du membre par exemple; mais il est moins efficace que lorsqu'on met le salicylate de méthyle au contact avec la jointure malade.

L'inconvénient de cette médication est l'odeur prononcée du salicylate de méthyle. L'enveloppement plus parfait diminue son intensité tout en augmentant l'activité du médicament.

Le salicylate de méthyle peut être considéré comme le médicament de choix pour le traitement du rhumatisme.

L'essence de Wintergreen est loin de présenter les mêmes avantages que le salicylate de méthyle.

A. CHASSEVANT.

L'acide lactique dans un cas de rhumatisme noueux chronique. (*Medicinsk. Obosr.*, n° 5, 1897.) — Dans le cas rapporté par ZOLOTAVINE, la maladie durait depuis dix ans et la malade en est arrivée à ne plus pouvoir se lever. On avait essayé toutes sortes de médicaments : salicylate de soude, iodure de potassium, piperazine, alcalins et toute une série de moyens locaux, mais on n'a obtenu aucun résultat. L'auteur prescrit l'acide lactique à la dose de dix gouttes qui fut portée progressivement à vingt gouttes. Une heure et demie avant et une heure et demie après avoir pris l'acide lactique, la malade ne mangeait absolument rien. Le traitement a déterminé une amélioration considérable au bout de trois semaines : les douleurs ont diminué ainsi que le volume de la tuméfaction : les sueurs et les troubles intestinaux ont disparu. Un an après, la malade s'est tellement rétablie qu'elle a pu reprendre son travail.

B. TAFT.

Sur un cas de myxœdème traité par la thyroïdine. (*Gazette de Botkine*, n° 3, 1897.) — KAGEMBEK décrit un cas très rare de myxœdème survenu chez une femme de 40 ans et chez laquelle il avait employé la thyroïdine sèche de Merck. La dose de 12 centigrammes répétée trois fois par jour déterminait une faiblesse générale, la diminution de l'activité cardiaque et parfois même des syncopes. L'auteur réduisit alors la dose à

la moitié, puis progressivement la porta à 12 centigrammes sans provoquer cette fois les accidents que nous venons de signaler. Trois semaines après le début du traitement l'état de la malade s'améliorait déjà considérablement et au bout d'un mois elle se rétablit complètement.

B. Taft.

Traitement des formes chirurgicales du goitre par les préparations de glande thyroïde. (*Medicinsk. Obosr.*, n° 5, 1897.) — En se basant sur de nombreux matériaux recueillis à la clinique du Pr Keliaminoff, Serafine est arrivé aux conclusions suivantes ;

1° Le traitement du goitre par la glande thyroïde est le moyen le plus efficace pour la forme connue sous le nom de struma parenchymatosa ;

2° Les résultats de ce traitement sont les suivants. La guérison définitive s'observe rarement et encore elle ne se produit que chez les sujets jeunes, ce qui constitue 7 0/0 du nombre total des goitres observés. Un résultat satisfaisant est constaté dans 63 0/0. Dans ces cas, bien qu'on n'arrive pas à une guérison complète, le goitre diminue toutefois suffisamment de volume pour que, au point de vue pratique, le sujet puisse être considérablement amélioré. Enfin dans 30 0/0 des cas le traitement échoue complètement ;

3° Le traitement par les préparations de glande thyroïde n'exerce aucune action sur les goitres qui ont subi des modifications secondaires : dégénérescence colloïde, enkystement;

4° L'influence du traitement commence à se manifester assez rapidement presque immédiatement après l'ingestion de premières doses;

3° C'est la thyroïdine sèche qui représente la meilleure préparation de glande thyroïde;

6° L'action de la glande thyroïde est de beaucoup plus énergique que celle des préparations iodées;

7° Les préparations de glande thyroïde dans la maladie de Basedow ne sont indiquées qu'au début; à une période plus avancée ce traitement non seulement est inutile mais n'est même pas sans présenter quelque danger;

8° Le succès thérapeutique n'est que passager : on comprendra donc la nécessité de renouveler l'ingestion de glande thyroïde à des intervalles plus ou moins rapprochés suivant les cas.

B. Taft.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Technique opératoire pour l'amputation du rectum cancéreux, par Quénu. (*Revue de chirurgie*, mars 1897.) — Deux conditions essentielles doivent être réalisées dans toute opération de cure radicale de cancer du rectum : d'une part, se créer un accès facile de façon à enlever la lésion tout entière et à en dépasser les limites; d'autre part, garantir le plus possible de toute souillure toute la région opératoire. Quénu dans ce but a adopté le manuel opératoire suivant : on trace une incision longitudinale et médiane partant d'un point situé en avant de l'anus, puis contournant l'orifice de chaque côté pour rejoindre la commissure postérieure et se prolonger au delà du coccyx : la peau marginale ayant été légèrement disséquée, on faufile une soie autour de l'anus et on ferme solidement l'orifice. Le sphincter ayant été superficiellement disséqué à sa commissure inférieure et séparé à fond sur le côté du tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale, on se sert du transverse pour trouver le plan profond de séparation du bulbe et du rectum.

On écarte en avant le renflement bulbaire à l'aide d'une anse de fil et on pousse la dénudation jusqu'au bec de la prostate. La dénudation des bords antérieurs du releveur est d'un grand secours pour cette manœuvre; ces bords faciles à découvrir sont mis à nu et libérés avec le doigt passé entre les faces latérales de la prostate et le muscle. On sectionne alors le releveur avec la plus grande aisance.

La dénudation sur les côtés et en arrière ayant été poussée assez loin, on peut déjà descendre un segment respectable du rectum, tandis qu'on décolle la face postérieure de la prostate jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qu'on a devant soi, étalé sur la face antérieure du rectum rabattu en arrière. De chaque côté on sent des brides qui retiennent encore l'intestin : ce sont les aponévroses sacro-rectales qu'on incise, et le pédicule hémorroïdal moyen qu'on coupe entre deux pinces. On amène ainsi de 8 à 10 centimètres de rectum en dehors du plan anal, sans avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal.

Cette technique doit être modifiée quelque peu quand il y a des adhérences à la prostate.

Le rectum peut adhérer à la prostate par le fait d'un envahissement de l'aponévrose prostato-péritonéale par le tissu épithélial sans exten-

ne pratique ces opérations vaginales que pour les tumeurs de petit ou moyen volume, surtout pour les tumeurs mobiles. Il tient avant tout à conserver l'utérus.

M. Chrobak estime que les dangers des opérations vaginales proviennent en grande partie de ce que souvent l'on ne voit pas exactement ce que l'on fait et que l'on peut produire des lésions de l'intestin sans les reconnaître. Cela arrive certainement plus souvent qu'avec la laparotomie, où l'on travaille à ciel ouvert. Sur 87 utérus myomateux qu'il a enlevés par la voie vaginale, il a eu 2 morts, l'une due à l'infection, l'autre à des lésions de l'intestin.

M. Olshausen (de Berlin) constate qu'il y a arrêt dans l'enthousiasme exagéré pour les opérations vaginales; on en a fait un réel abus. Il a vu des cas où l'utérus devait être enlevé par la voie vaginale, mais il n'a pu intervenir; dans d'autres, les annexes devaient être enlevées, mais l'utérus seul a été extirpé. Les conséquences éloignées des opérations par la voie vaginale sont souvent sérieuses.

M. Wertheim tient à dire qu'à la clinique de M. Schauta on réserve la voie vaginale pour les petites tumeurs mobiles (kystes dermoïdes, fibromes peu volumineux, petits kystes); les fibromes du tissu sous-séreux, du paramétrium ne sont pas favorables à la méthode. On a complètement abandonné l'emploi des pinces, auquel on préfère les ligatures comme étant aussi faciles à appliquer et offrant plus de garanties au point de vue hémostatique.

R. Blondel.

Grossesse extra-utérine. (*Septième Congrès de la Société allemande de gynécologie*, Leipzig, 9 juin 1897.) — M. Rossier (de Lausanne) a opéré à la clinique du Pr Roux, 18 cas de grossesse extra-utérine. Un seul concerne une grossesse dans sa seconde moitié, coexistant avec un kyste de l'ovaire gauche; les deux tumeurs furent enlevées par laparotomie et la malade guérit sans complications. Les autres cas se divisent en 9 grossesses tubaires, 3 grossesses ovariennes, 5 hématocèles rétro-utérines. Toutes ces femmes furent opérées et guérirent, sauf 2. Dans l'un de ces cas, la malade a été emportée par une hémorragie survenue la veille du jour où l'opération devait avoir lieu.

Sur ces 17 cas la colpotomie fut pratiquée cinq fois : deux fois il fallut la faire suivre d'une laparotomie, dans un cas immédiatement pour arrêter l'hémorragie dont on ne pouvait avoir raison par la voie vaginale, la seconde fois huit jours après la première opération pour insuffisance de drainage. Les trois autres colpotomies concernent des cas où la tumeur siégeait très bas dans la cavité de Douglas.

Deux heures après l'opération, une violente hémorragie nécessita un second tamponnement.

Les malades opérées par laparotomie guérirent plus simplement et plus rapidement : trois purent rentrer chez elles au bout de quinze jours.

La laparotomie semble être l'opération de choix, la toilette du péritoine pouvant se faire avec plus de soin, la séparation des adhérences étant plus facile et moins dangereuse; après avoir enlevé les caillots, on peut presque toujours refermer le ventre et s'abstenir de drainage; enfin il est plus aisé par cette voie d'appliquer la méthode conservatrice de Martin, car on a une meilleure vue d'ensemble du champ opératoire. Les désavantages consistent dans l'éventualité d'une laparotomie secondaire et d'une hémorragie post-opératoire.

La colpotomie reste cependant la meilleure méthode lorsqu'il y a déjà des symptômes d'infection.

D'après M. Rossier on peut formuler les règles suivantes relativement aux indications opératoires :

Quand le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé, lorsqu'il y a rupture ou qu'il survient un avortement abdominal, il faut pratiquer immédiatement la laparotomie, et, dans les cas très favorables seulement, la colpotomie;

En présence d'une hématocèle, il est préférable de pratiquer la laparotomie, parce que dans ce cas l'opération peut être faite avec plus de soin.

En cas d'infection ou de suppuration de l'hématocèle, la colpotomie garde toute sa valeur; mais on doit conserver l'utérus, si possible.

R. Blondel.

Traitement du prurit de la vulve. (*Ejenedelnik.*, n° 4, 1897.) — Nemirowsky décrit deux cas de prurit de la vulve très rebelle qui avait résisté à tous les procédés de traitement habituellement employés.

Les deux cas étaient idiopathiques et l'on pouvait les considérer comme une pure névrose. L'auteur eut recours à la faradisation des régions malades et en a obtenu un brillant résultat.

Déjà après les premières séances le prurit commença à diminuer et au bout de vingt-huit à trente séances disparut totalement. Chaque séance dura quinze minutes environ. Dans un de ces cas — chez une femme de 58 ans — le prurit durait depuis un an; dans d'autre — chez une femme de 26 ans — depuis trois mois.

B. Taft.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Traitement de la rougeole, par JOSIAS. (*Journal des Praticiens*, n° 22, 29 mai 1897.) — Le traitement de la rougeole régulière doit être surtout un traitement hygiénique. L'enfant doit être placé dans une chambre vaste, bien aérée, et suffisamment éclairée. Il ne faut pas craindre de renouveler l'air et d'ouvrir largement les fenêtres. Les soins antiseptiques de la peau et des muqueuses sont de rigueur. Tous les jours, matin et soir, on lavera le visage et les organes génitaux avec de la ouate hydrophile imbibée d'eau bouillie ou d'une solution d'acide borique à 3 0/0; quant aux lavages de la bouche, ils pourront être combinés avec des badigeonnages légers de la gorge ; dans ce but on se servira d'un tampon de ouate, qu'on trempera au préalable dans un collutoire boraté :

Glycérine.....	30 grammes.
Borax.....	3 —

Les irrigations nasales sont à rejeter comme étant susceptibles de provoquer des otites, et il est préférable de nettoyer les fosses nasales avec un tampon d'ouate mince, effilé, qu'on imbibe de vaseline stérilisée ou boriquée.

Pendant la période aiguë de la maladie (invasion et éruption), les enfants peuvent boire des boissons tièdes, des infusions de bourrache, de mauve, de l'eau rougie sucrée, et de préférence du lait ou de la limonade cuite; si la fièvre est modérée, on peut autoriser du bouillon, des potages, des œufs, du jus de viande, de la gelée de viande.

La laryngite et la toux du début pourront être calmées par des applications répétées d'eau chaude sur le cou, par de la vapeur d'eau accumulée dans la chambre, et par l'administration de potions calmantes à l'aconit, au bromure de potassium. On peut se contenter d'un looch blanc additionné de 50 centigrammes à 1 gramme de bromure de potassium Cadet de Gassicourt) ou d'une des potions suivantes :

Alcoolature de racines d'aconit.....	5 à 20 gouttes.
Extrait thébaïque...	1 centigr.
Sirop d'éther.....	10 à 20 gr.
Julep gommeux.....	60 grammes.

A prendre par cuillerées à café toutes les heures.

Infusion de fruits pectoraux.....	100 grammes.
Alcoolature d'aconit (feuilles).....	10 à 20 gouttes.
Sirop de baume de Tolu.....	15 grammes.
Sirop de codéine.....	15 —

A prendre par cuillerées à dessert toutes les heures.

Infusion de racines d'ipéca dans 100 grammes d'eau	20 centigr.
Nitrate de potasse.....	2 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	1 gr. 50
Sirop diacode.....	10 grammes.

A prendre par cuillerées à dessert toutes les heures.

La conjonctivite simple sera traitée par les lotions répétées avec une solution d'acide borique à 3 0/0; le coryza par des lotions avec cette même solution et par l'introduction dans les narines de vaseline liquide à laquelle on pourrait incorporer de l'acide borique à 1 pour 10, de l'acide salicylique à 1 pour 15, de la resorcine à 1 pour 20.

Les convulsions du début, les épistaxis, les diarrhées légères ne comportent aucune thérapeutique.

D'une façon générale, dans les cas simples, bénins, les enfants seront astreints à garder le lit six à huit jours après la période d'éruption et ne devront pas être autorisés à faire leur première sortie avant le quinzième ou le seizième jour.

Forme inflammatoire. — Sera avantageusement combattue par l'emploi des bains tièdes, des lotions froides, des cataplasmes sinapisés sur le dos, la poitrine, des préparations quiniques.

Forme pulmonaire. — Est justiciable de la médication tonique et des révulsifs, application sur le dos et la poitrine de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés ; prescription de la potion de Todd ou à l'acétate d'ammoniaque, de la poudre de Dower à la dose de 5 à 10 centigrammes, injection de caféine, 10 à 20 centigrammes.

Forme hémorragique. — Rare et extrêmement grave ; comporte l'emploi de la médication tonique : alcool, quinquina, musc, valériane, caféine; les inhalations d'oxygène, les injections d'éther et de caféine.

Forme ataxo-adynamique. — Sera modifiée avantageusement par la balnéation froide, la médication tonique et les lavements de chloral.

G. LYON.

Des médicaments qu'il ne faut pas prescrire aux nourrices, par Boissard. (*Journal des Praticiens*, n° 22, 29 mai 1897.) — L'idée qu'il fallait s'abstenir de toute intervention thérapeutique chez les femmes en état de lactation a été pendant longtemps acceptée et transmise de générations en générations comme un article de foi ; aujourd'hui, cette opinion reconnue fausssse ou du moins en partie exagérée, n'a plus cours dans son entière acception.

On peut dire d'une façon générale que tout médicament administré à une nourrice ne devra pas apporter de trouble dans la fonction galactogène en modifiant la quantité ou la qualité du lait sècreté.

Toute thérapeutique devra conserver l'intégrité de la fonction galactogène et éviter le rétablissement de la fonction menstruelle ; on s'abstiendra donc de l'usage de tous les drastiques, de l'aloés qui congestionnent le système circulatoire utéro-ovarien et des différents emménagogues (armoise, apiol).

Si l'on doit s'abstenir, d'une façon générale, de l'emploi des purgatifs chez les nourrices, il est bon de savoir que l'on peut prescrire sans inconvénient des laxatifs légers, comme un verre de limonade au citrate de magnésie par exemple.

D'ailleurs, s'il faut éviter l'emploi des purgatifs chez les nourrices, on n'en doit pas moins combattre chez elles la constipation. Dans ce but on aura recours surtout à l'huile de ricin à la dose de 15 à 20 grammes ou au cascara sagrada par cachets de 40 à 50 centigrammes. On s'abstiendra des préparations de podophylle qui déterminent des coliques souvent très intenses et de la rhubarbe dont on retrouve le principe actif dans le lait.

L'usage ou l'habitude des boissons alcooliques sera absolument défendu ; on sait que l'alcool, que les essences passent dans le lait et provoquent chez les nourrissons de l'agitation, de l'insomnie.

Le sulfate de quinine peut être prescrit sans crainte aux nourrices ; il passe dans le lait. mais en quantités si faibles (2 à 3 milligrammes par 100 centigrammes) qu'il ne peut avoir aucune action nocive sur le nourrisson. Par contre l'arsenic ne peut être donner aux femmes qui allaitent, le nouveau-né étant extrêmement sensible à l'arsenic. Pour la même raison, il faudra être très réservé sur l'emploi de différentes préparations opiacées chez les nourrices et de la morphine en particulier. Quant aux préparations mercurielles ou iodurées, leur usage est de toute nécessité dans les cas de syphilis chez la nourrice.

A côté des médicaments qui diminuent la quantité de lait, à côté des médicaments qui altèrent la qualité du lait, y a-t-il des médicaments antigalactogènes ? Dans ces derniers temps on a vanté ou incriminé le camphre (Hergott) et l'antipyrine (Termisson, Guibert). Pour Hergott, le camphre à la dose de 60 centigrammes en trois cachets par jour, amènerait rapidement la suppression de la fonction des glandes mammaires, il en serait de même de l'antipyrine à la dose de 2 à 3 grammes par jour continuée pendant cinq à six jours.

G. Lyon.

L'action du képhyr dans la diarrhée infantile. (*Wratsch*, n° 21, 1897.) — Dans le traitement de la diarrhée en général il faut avoir en vue ce fait qu'il est nécessaire de donner aux malades des aliments spéciaux qui d'un côté n'irritent pas les voies intestinales et ne déterminent pas de fermentation, et qui d'un autre côté s'assimilent facilement et donnent peu de matières fermentescibles. C'est en partant de ce point de vue que Michaleff eut l'idée de recourir au képhyr. Etant donnée la composition de ce dernier il y avait à supposer que, à ce point de vue particulier, il représente l'élément idéal.

En effet, les observations cliniques ont confirmé ces conjectures : employé dans sept cas, le képhyr a donné d'excellents résultats. C'est au képhyr de concentration forte et moyenne qu'il faut recourir, car le képhyr de concentration faible a au contraire une action purgative et convient au traitement de la constipation. Dans les cas où l'enfant n'est pas encore trop affaibli on prescrira le képhyr de concentration moyenne : dans les cas où la diarrhée aura considérablement épuisé l'organisme de l'enfant on prescrira le képhyr de concentration forte. Dans la diarrhée chronique, Michaleff donnait de quatre à cinq bouteilles par jour, l'enfant prenait le képhyr par petites quantités fréquemment répétées. Dans la diarrhée aiguë, il ne donnait qu'une à deux bouteilles par jour.

Disons encore que Michaleff suspendait l'administration du képhyr de forte concentration que jusqu'au moment où la diarrhée s'arrêtait : après quoi il prescrivait le képhyr de concentration moyenne. Ajoutons enfin que d'après Michaleff le képhyr est contre-indiqué à la première période du choléra infantile et de la dysenterie. Les raisons qu'il en donne sont les suivantes : à la première période du choléra infantile le képhyr peut augmenter la diarrhée et les vomissements ; à la même période de la dysenterie il peut augmenter le ténesme.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Les feuilles de digitale et la digitaline cristallisée, par HUCHARD. (*Journal des Praticiens*, n° 22, 29 mai 1897.) — M. Huchard rappelle que la teneur des feuilles de digitale en principe actif varie beaucoup, pour un poids donné, suivant les conditions atmosphériques, suivant les climats, suivant l'époque à laquelle elles ont été récoltées (les feuilles de première année sont inertes, celles de seconde année doivent être cueillies avant la floraison) ; que cette teneur varie encore suivant les parties de la plante, les feuilles les plus actives étant situées au-dessus des radicales, la tige, les pétioles et les nervures étant pauvres en principe actif, etc. Si l'on a employé une fois des quantités assez fortes de feuilles de digitale n'ayant produit que des effets peu appréciables, on peut être conduit à doubler à tripler la dose avec des feuilles d'autre provenance et d'une activité deux ou trois fois plus grande et c'est là le secret des intoxications digitaliques qui n'arrivent jamais avec la digitaline cristallisée, parce que celle-ci est invariable dans ses propriétés physiologiques.

On a dit que la digitaline n'est pas le seul principe actif de la plante. Cela est vrai, mais les autres principes sont ou peu actifs (digitine, digitaléine , ou doués d'une action contraire à la digitaline ; ainsi la digitonine reproduit les effets de la saponine (paralysie des nerfs sensibles et moteurs, de l'appareil musculaire et du myocarde, abaissement de la pression sanguine et cœur en diastole). On a dit aussi que la digitaline a un pouvoir diurétique inférieur à celui de la macération de feuilles de digitale, mais c'est là une légende que les observations de M. Huchard permettent de réduire à néant.

La question de posologie de la digitaline cristallisée est importante à connaître. Lorsqu'on est en présence d'un asystolique, il faut prescrire la digitaline à dose élevée et massive pendant un seul jour : cinquante gouttes du soluté de digitaline cristallisée au 1/1000, ce qui équivaut à 1 milligramme de principe actif. Bien entendu, il faut en même temps soumettre le malade au régime lacté. C'est là la dose antiasystolique. Elle ne doit être répétée qu'après huit ou quinze jours, s'il y a lieu; elle correspond à 1 gramme de feuilles. La quantité indiquée doit être prescrite en deux fois dans la journée et même en une fois, en raison de ce principe de thérapeutique générale que tout médicament à élimination lente peut et doit être prescrit à dose massive et pendant peu de temps, parce que l'organisme se charge lui-même du fractionnement des doses.

Quand on a obtenu la disparition des phénomènes asystoliques, des œdèmes, des hydropisies, des congestions passives, etc., on peut prévenir ces accidents, en prescrivant d'une façon systématique aux cardiopathes, tous les vingt jours ou tous les mois par exemple, pendant trois ou quatre jours, un granule d'un quart de milligramme de digitaline cristallisée. Telle est la dose à titre de médication cardiotonique.

G. LYON.

Comment il faut prescrire la poudre de Dower, par LIÉGOIS. (*Journal des Praticiens*, n° 16, 17 avril 1897.) — La poudre de Dower que l'on recommandait autrefois uniquement comme un « sudorifique vanté contre les affections rhumatismales peu ou point fébriles » peut rendre en réalité de grands services dans un grand nombre de cas.

La poudre de Dower du Codex de 1884 contient 40 parties de nitrate et 40 parties de sulfate de potasse pour 10 d'ipécacuanha, 10 d'opium officinal desséché, le tout réduit en poudre fine; 1 gramme de cette poudre contient 10 centigrammes d'opium sec qui équivalent à 5 centigrammes d'extrait d'opium (la poudre de Dower de l'ancien Codex contenait une proportion double d'opium).

Pour obtenir la sudation, il faut, le malade étant couché, vêtu d'une chemise de flanelle et entouré de couvertures, faire prendre, dans les cas ordinaires chez l'adulte, 60 centigrammes de poudre de Dower en trois doses de 20 centigrammes chaque, une d'heure en heure. Aussitôt que la transpiration commence, il y a lieu, même dans l'intervalle des paquets, d'administrer une tisane aromatique bien chaude ; malgré l'ipéca que recèle la poudre, jamais le vomissement ne survient.

La poudre de Dower est un remède précieux au début de la rougeole et de la scarlatine, alors que l'éruption est incomplètement sortie et qu'il existe beaucoup de fièvre et d'agitation. Elle est préférable aux préparations ammoniacales qui sont d'une saveur désagréable et, du reste, ne calment pas l'irritation. Il convient de ne pas prescrire ce médicament au-dessous de l'âge de 4 ans ; de plus on doit l'administrer en une seule fois à raison de 20 centigrammes pour un enfant de 4 ans, de 25 centigrammes pour un enfant de 5 ans, de 30 centigrammes pour un enfant de 6 ans. La toux rauque du début de la rougeole

est très favorablement impressionnée par le soufre mélangé à la poudre de Dower :

Poudre de Dower..... } àà 20 centigr.
Soufre lavé... ..... }

Au début de la grippe la poudre de Dower rend aussi des services; dans cette maladie la laryngite, la bronchite catarrhale, les douleurs des membres, la fièvre même sont amendés par une forte sudation.

D'autre part l'ipéca qu'elle contient agit contre la congestion pulmonaire en resserrant par excitation les fibres lisses des vaisseaux du poumon. On peut en pareil cas associer la poudre de Dower à d'autres agents modérateurs, tels que le sulfate de quinine et la jusquiame :

Poudre de Dower..... }
Sulfate ou bromhydrate } àà 30 à 40 centigr.
de quinine..... }
Poudre de jusquiame.... 10 centigr.

La poudre de Dower, donnée à petites doses répétées quatre ou cinq fois par jour, est utile pour modérer la congestion broncho-pulmonaire et pour faciliter l'expectoration dans les attaques d'asthme catarrhal :

Poudre de Dower..... 15 centigr.
Gomme ammoniaque.... } àà 5 —
Benjoin de Siam..... }
Baume de soufre anisé.. 2 gouttes.

Mêlez. Pour une pilule. A prendre cinq ou six par jour, une toutes les deux ou trois heures.

Rien de plus commode, dans la bonchite hypostatique des cardiaques, que d'associer la poudre de Dower à la poudre de digitale; la bronchite tuberculeuse a été traitée par des pilules à l'iodoforme et à la poudre de Dower (5 centigrammes du premier, pour 10 centigrammes du second par pilule, trois par jour aux repas).

Par son opium, mais aussi par son ipéca, la poudre de Dower triomphe des diarrhées aiguës : de la diarrhée *a frigore* de l'adulte, à la dose de deux paquets par jour de 25 à 50 centigrammes; de la diarrhée de l'enfant pendant la dentition, à la dose de 5 centigrammes; à la même dose de la diarrhée coïncidant au déclin de la rougeole avec une toux fréquente, fatigante.

Dans la diarrhée chronique des gens qui reviennent des diarrhées tropicales, on peut encore utiliser ce médicament en l'associant à l'hydrargyrum cum creta :

Poudre de Dower..... } àà 5 centigr.
Hydrargyrum cum creta. }
Extrait de rhubarbe..... Q. s.

Mêlez. Pour une pilule, six à dix par jour.

Contre la diarrhée de l'entérite tuberculeuse on peut formuler :

Poudre de Dower..... 10 grammes.
— de craie composée. } àà 20 —
— de colombo..... }

Mêlez. Pour soixante paquets. A prendre deux par jour.

G. Lyon.

Action physiologique et emploi thérapeutique des acides nucléiques de la levure, avec recherches spéciales sur son emploi dans la tuberculose, par Victor Vaughan. (*Medical News*, t. LXX, p. 257, 27 février 1897, et p. 296, 6 mars 1897.) — L'auteur résume d'abord l'étude chimique des acides nucléiques et des nucléines. Il s'est basé dans ses recherches sur les hypothèses suivantes : 1° La théorie phagocytaire de Mentschnikoff qui a constaté que les globules blancs polynucléés étaient des agents actifs qui entravent et retardent le développement des germes pathogènes;

2° Ces corpuscules polynucléés ne mangent pas les bacilles, mais les détruisent par une action chimique due à leur constitution ou à une sécrétion;

3° Les propriétés antitoxiques du sérum sanguin, démontrées par les recherches de Fodor, Nutall, Buchner et d'autres, sont dues à des substances qui originairement se trouvent dans le globule blanc;

4° La résistance naturelle de l'individu sera donc augmentée par la multiplication physiologique des leucocytes polynucléés;

5° On peut déterminer cette augmentation des leucocytes en introduisant dans l'économie le constituant particulier de ces cellules : la nucléine.

L'injection sous-cutanée de nucléine augmente le nombre des leucocytes.

L'acide nucléique de la levure de bière semble être un antitoxique vis-à-vis la toxine diphtérique et le tétanos.

L'administration d'acide nucléique augmente l'élimination de l'acide urique, et aggrave l'état des rhumatisants.

L'auteur a employé l'acide nucléinique pour entraver la fermentation dans l'intestin grêle au cours de la fièvre typhoïde.

Dans le cancer l'injection de ce médicament s'est montrée sans effet.

A propos de la tuberculose, l'auteur fait un historique des idées émises sur son évolution et la formation du tubercule, puis il aborde l'historique des cas traités par l'acide nucléique.

A. Chassevant.

Le carbonate de lithine pour enlever sur la peau et sur le linge la couleur de l'acide picrique. (*Concours médical*, 3 avril 1897.) — M. Prieur (de Besançon) conseille, pour enlever la couleur jaune que l'acide picrique communique aux mains et au linge, l'emploi du carbonate de lithine délayé dans l'eau. Il suffit d'une faible quantité de ce corps pour faire disparaître immédiatement, après une friction de la peau, la couleur qu'elle a prise. Pour le linge, on dépose une pincée de carbonate de lithine sur les taches jaunes mouillées, ou bien on trempe la tache dans l'eau tenant en suspension du carbonate de lithine.

Morel-Lavallée.

Du naphtalan. (*Medicins. Obosr.*, n° 5, 1897.) — Il se trouve au Caucase une région très riche en un naphte dont l'ingénieur Eger a extrait une substance particulière qu'il a appelée naphtalan. C'est un corps de consistance assez épaisse, de couleur vert sombre, de réaction alcaline, ne se mélangeant pas avec les graisses, soluble dans l'éther, la benzine et le chloroforme. Ce goudron ayant une grande réputation thérapeutique dans le peuple, Rosenbaum l'a employé dans différents cas et voici les résultats qu'il a obtenus. Le naphtalan s'est montré très efficace dans les brûlures : sous son influence les douleurs disparaissent rapidement et le processus inflammatoire se termine rapidement par la guérison. Il a exercé également une action très favorable sur l'érysipèle (la température s'abaisse rapidement, le processus s'arrête) dans différentes formes d'eczéma, de psoriasis, pityriasis, etc. Le fait est d'autant plus intéressant que le naphtalan s'est montré efficace dans un certain nombre de cas où tous les moyens habituellement employés sont restés sans action.

Contre les ulcères et les plaies, le naphtalan a montré des propriétés antiseptiques très manifestes en diminuant les phénomènes inflammatoires ainsi que la sécrétion purulente et en contribuant à la formation des granulations. Dans le rhumatisme, la goutte, les entorses et les affections articulaires tuberculeuses, la friction au naphtalan a déterminé la diminution des douleurs. Il a excercé la même action analgésique dans les épididymites, les bubons et les adénites chroniques; en outre dans ce cas la tuméfaction diminuait considérablement.

Disons enfin que Rosenbaum a eu l'idée de faire entrer le naphtalan dans la composition de l'onguent napolitain et il a pu constater que dans ce cas l'onguent est absorbé par la peau d'une façon plus uniforme et plus rapidement. Toutefois pour éviter la production de furoncles il est bon de faire ces frictions doucement, sans exercer la moindre pression. D'une façon générale on ne fait pas de frictions mais simplement des badigeonnages, ou bien encore on se contente d'appliquer sur la peau un morceau de toile induit d'une couche de naphtalan.

Rosenbaum insiste encore sur ce point que le naphtalan ne présente aucun danger, qu'il coûte fort peu et que les taches qu'il fait se lavent très facilement.

B. Taft.

FORMULAIRE

Mixture contre la polyurie de la grossesse.

Teinture de valériane...	100	grammes.
Laudanum de Sydenham.	8	—

Quatre cuillerées à café par jour.

(Parvin.)

Injection caustique intra-utérine.

Alumnol.....	2 gr. 50
Teinture d'iode..... }	ââ 25 grammes.
Alcool rectifié..... }	

Un centimètre cube chaque jour.

(Grammatikati.)

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion d'honneur : MM. Didier-George, docteur-médecin à Bruyère (Vosges), et. Lamire, docteur-médecin à Mennecy (Seine-et-Oise).

Congrès de chirurgie. — Le deuxième Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 18 octobre, à deux heures, sous la présidence de M. le Dr Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *Des contusions de l'abdomen*, M. Demons (de Bordeaux), rapporteur; 2° *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum*, MM. Quénu et Hartmann (de Paris), rapporteurs.

On est prié d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions des communications à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 8, rue de l'Isly, à Paris.

Le jubilé. — Les journaux anglais ont pris leur part de l'allégresse générale de l'Angleterre pendant la semaine historique du jubilé de la reine. Beaucoup ont consacré leur numéro entier à des revues d'ensemble sur chaque branche de la médecine, en signalant les progrès accomplis pendant le règne. *Progress in medicatery in Queen's Reigen*, etc. Les zélés ont fait ressortir dans quel état languissant étaient l'ophtalmologie, la pédiatrie, par exemple, avant le bienheureux événement.

Enfin Victoria vint...

Dès lors, les découvertes se précipitent et l'âge d'or de l'oculistique, de la laryngologie, de la syphiligraphie, etc., commence sans conteste. Certains journaux ont publié les portraits de grands médecins de l'époque, qui, au fond, ont bien été un peu pour quelque chose dans cette heureuse renaissance.

A quand, chez nous, « le massage avant Félix Faure? »

Le nouveau service de gynécologie de l'hôpital Broca. — Le 30 juillet à été inauguré par M. Peyron, en présence de M. Rabier, de MM. Strauss, Navarre, de la Batut, etc., de MM. Pinard, Lucas Championnière, Muselier, Lepage, etc., le nouveau service de M. Pozzi. Bien qu'il manque encore une salle de malades, et que les salles d'opérations définitives ne soient pas encore prêtes, la nouvelle installation permet de se rendre compte déjà de la perfection de sa disposition quant au confort chirurgical et au modernisme hospitalier. Les nouvelles salles, toutes au rez-de-chaussée, sont construites en briques et pans de bois, et peuvent recevoir à profusion la lumière du plafond comme des côtés. La ventilation se fait non par les fenêtres, mais par des appareils spéciaux qui vont puiser l'air dans la cour, assez loin, et le diriger vers la salle, en le réchauffant pendant l'hiver, et de là vers une cheminée centrale ou l'appelle un ventilateur électrique parfaitement aménagé. Le chauffage se fait par la vapeur d'eau produite dans les sous-sols. L'éclairage de tout le service est fait à l'électricité. Sur les murs, des chromos anglais, des lithographies, des peintures d'un goût très moderne, rompent heureusement la nudité froide du mur d'hôpital. Dans la salle de consultation une gravure entre autres représente Manon Lescaut et Des Grieux... (Le stade prégynécologique?) C'est par là que l'on commence et l'on finit par la pièce voisine réservée aux laparatomies. Une assistance nombreuse assistait à cette petite fête gynecologique; les dames patronesses que le chef de service a su grouper en comité de bienfaisance de l'hôpital Broca et qui ont déjà remis plus de 50,000 francs en secours aux familles des indigents, en loyers, vêtements, frais de rapatriement, etc., étaient représentées par une aimable délégation.

La plupart des anciens élèves du maître s'étaient empressés de répondre à son invitation et lui formaient une brillante cohorte, Würtz, Martin, Delaunay, Petit, De la Nièce, Bouffe de Saint-Blaise, Dauriac, Charrier, Blondel, Jayle, Baudron, etc.

PETITE CHRONIQUE

Il faut bien que nous en parlions, à notre tour, de ce concours si vilipendé, puisque aussi bien tout le monde, aujourd'hui, se croit le droit de poser la question et d'y aller de son petit projet, depuis les feuilles politiques jusqu'aux pseudo-journaux médicaux, propagateurs de la Kola X... et du Fer Y... Le silence est d'or, je le sais; dans la presse politique, il mène à tout. Mais ici, entre nous, pourquoi nous taire? Après tout ce qui a été dit de tous côtés sur ce sujet, l'opinion d'un homme qui, dans l'état-major, ne fut et ne sera jamais

...Rien
Pas même académicien !

peut avoir ici son petit parfum d'impartialité et de franchise qui en vaut bien un autre.

Le seul point sûr lequel tout le monde soit d'accord, du moins en apparence, c'est que l'état actuel n'est pas viable. Soit, mais d'abord, bien exactement, de quoi se plaint-on?

De ce que le concours ne nous donne pas, au bout du compte, des sujets de valeur? Nullement: il est hors de doute que tous les élus sont dignes du choix dont ils ont été l'objet; pas un dont le nom cause une surprise à qui est un peu au courant du mouvement des travaux scientifiques parmi nous; pas un dont on ne doive dire, plus tard, s'il n'avait été nommé, qu'il y aurait eu injustice flagrante à le laisser dehors.

Non, me direz-vous, mais ce qui nous déplaît c'est que la sélection soit faite selon des mœurs qui choquent nos idées de justice. Le concours, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, n'est qu'une pure comédie et les noms des gagnants sont connus de chacun devant même que la course soit commencée.

Je pourrais dire que puisqu'il faut une sélection, l'important n'est pas que nous adoptions pour celle-ci tel procédé plutôt que tel autre. Aucun n'est infaillible. Tous peuvent et doivent fatalement être faussés par l'entrée en ligne de l'inévitable élément humain. Au fond, vous vous plaignez que l'influence des chefs joue en faveur de leurs anciens élèves un rôle considérable. Eh bien, causons-en : mais d'abord soyez franc et dites-moi si ce n'est pas déjà une sélection que d'avoir été choisi par son chef comme l'élève le plus digne de son intérêt, comme valant les efforts qu'il va dépenser, payant de sa personne, usant de son influence, pour faire arriver celui qu'il croit être un homme de valeur, l'ayant vu à l'œuvre, non durant quelques jours sur des sujets tirés au sort, mais pendant plusieurs années de pratique à l'hôpital? Est-ce que de tous côtés l'on ne se plaint pas, dans les autres carrières, de l'insuffisance de nos procédés d'examen pour juger de la valeur intégrale d'un candidat et n'a-t-on pas maintes fois demandé que des notes données par les maîtres de ces candidats, qu'il s'agisse du baccalauréat, de la licence, des examens militaires ou de n'importe quel autre, soient jointes au dossier de chacun, pour corriger les effets fâcheux de l'inégalité de la répartition des dons naturels ou de la mauvaise chance dans le choix des questions?

Maintenant, croyez-vous que le résultat sera meilleur lorsqu'il aura été obtenu avec la rigueur mathématique que l'on veut nous faire désirer? Je n'en suis pas convaincu le moins du monde. Je vais plus loin et j'estime, quant à moi, que le concours idéalement régulier serait, au point de vue général, une injustice parfaite. Le succès au concours est une question de tempérament physique du candidat, d'abord..., de bonheur dans le tirage des questions ensuite. D'un côté, c'est la prime à la mémoire, ceci est hors de doute, — à la mémoire, rivale naturelle de l'imagination, qualité précieuse, certes, mais de second ordre, suivante de l'idée et non son guide, ressource et non mérite. La science n'a jamais été faite que par les hommes d'imagination, et quelques bons livres, quelques bonnes revues avec tables des matières bien faites, consultés au moment des besoins, leur ont souvent rendu d'autres services que le fatras bibliographique entassé dans nos cervelles, encombrant toutes les cases, boulet alourdissant tout essor. Et puis, il y a les qualités si précieuses du candidat-né, qualités d'élocution, de souplesse, d'aplomb qui peuvent manquer à tel acharné travailleur plus solide sur son métier que sur l'art de parvenir. Croyez-vous que Duchenne de Boulogne, dont on inaugurait hier la statue, étonnée de tant de pompe officielle, eût pu, malgré toute sa haute valeur, passer à travers le crible d'un concours régulier, l'eût-il jamais essayé? C'était un timide, incapable d'exprimer brillamment ses propres idées, encore moins celles des autres, de parvenir par con-

séquent. Seul, l'appui d'un *chef*, connaissant sa valeur, eût pu arriver à l'imposer à un jury et à rétablir la balance en sa faveur, faussant le concours, c'est très certain, mais, en somme, faisant acte de justice et rendant service à la science médicale : jamais Duchenne, à lui seul, n'eût su éclairer sur son propre mérite l'opinion des juges les plus impartiaux.

Et puis il y a la question des spécialistes. Comment voulez-vous qu'un neurologiste, un dermatologiste, un bactériologiste — et vous m'accorderez bien qu'il en faut — arrive à triompher devant un jury qui jamais ne renfermera un nombre suffisant de juges capables d'apprécier ce qu'il vaut, s'il n'a parmi ceux-ci un maître capable d'éclairer ses collègues?

Je pourrais citer tel ou tel médecin des hôpitaux, et certes des plus distingués, dont l'absence ferait tâche, dans notre état-major scientifique, et qui, mal taillé pour la lutte, plus habitué au labeur patient et solitaire du laboratoire ou de la salle d'hôpital, qu'aux joûtes oratoires — ne serait jamais *arrivé*, si ses chefs, qui le connaissaient, ne s'en étaient mêlés : il fit, je l'avoue, le jour où il passa, un concours piteux.

Tant pis si la formule vous choque : mais j'estime que le véritable ennemi des concours et des examens, n'est pas seulement le dieu Piston, comme le dit si plaisamment mon camarade Helme, mais le dieu Hasard, et j'affirme que toutes les propositions que l'on fera pour augmenter sa part, sous prétexte d'égalité, iront à l'encontre de l'intérêt des candidats eux-mêmes et surtout de l'intérêt général. Le concours idéal, avec candidat masqué, juges tirés au sort à la dernière heure, renouvelés à chaque épreuve, à chaque candidat, vous donnera des résultats à peu près aussi bons qu'un tirage au sort entre sujets à riche mémoire, prêts à discourir de toute chose sur l'heure.

Aussi à l'inverse de ceux qui demandent la réduction au minimum de l'élément appréciation de la valeur du candidat par son chef, je regrette ouvertement que cet élément n'ait pas une place plus grande encore, plus nette, plus au grand jour, et si le concours actuel ne me satisfait pas, c'est parce que je trouve que cette part, que personne ne nie guère, y est mal faite. Ce que je regrette c'est que *tous les chefs* des candidats ne soient pas présents dans le jury; c'est que certains seulement, grâce aux chances du tirage au sort, se présentent avec cette garantie de valeur tandis que les autres en sont dépourvus; c'est donc encore le rôle du Hasard que je retrouve là et que je déplore.

Il est certain que l'on ne peut déranger tout le corps des médecins des hôpitaux pendant le temps que dure un concours : mais j'avoue goûter beaucoup une solution proposée à la Société médicale des hôpitaux et qui se rapproche de ceci dans la mesure du possible : Un seul concours par an; quatre épreuves et un jury spécial par épreuve, de façon que tous les médecins des hôpitaux fassent partie chaque fois d'un de ces jurys; vote définitif par la Société médicale des hôpitaux tout entière, *au scrutin secret*, après exposé des travaux personnels des candidats.

Ce ne serait peut-être pas encore l'idéal, mais comme nous ne l'aurons jamais, on peut déjà se contenter de ce qui serait certainement un gros progrès.

Il reste bien quelques points de détail encore à régler. L'admissibilité après l'épreuve écrite, la terrible épreuve de mémoire, serait acquise au bout de deux concours, comme tout le monde le réclame. Il est hors de doute que ce rocher de Sisyphe, sous lequel meurent tant de belles intelligences, est le grand responsable de la tournure d'esprit qui règne aujourd'hui chez la meilleure partie de notre jeune génération médicale, plus habituée à classer les faits qu'à les contrôler, à connaître l'histoire de la science qu'à la faire, à enregistrer les opinions contradictoires de tous qu'à chercher à en acquérir une personnelle en interrogeant directement la nature, état d'esprit dont seuls les sujets d'élite se dégagent, si la chance leur a permis de doubler de bonne heure le cap du concours.

Quant à l'épreuve clinique, il faudrait que le diagnostic du jury fût rédigé par écrit, même avec ses restrictions, et enfermé sous pli cacheté, avant le début des épreuves.

Maintenant que je vous ai communiqué mon petit projet, le vingtième a peu près que l'on ait fait, je vais pousser la complaisance jusqu'à vous éviter la peine d'en faire la critique; en vous présentant celle-ci moi-même. Hélas! je le sais bien, le point faible. Puisque nous acceptons le rôle du maître défendant ses élèves, mais franchement, cette fois, et non par des combinaisons et des marchandages de coulisse, comme on prétend (?) que les choses se passent aujourd'hui, — qu'adviendra-t-il des malheureux... qui n'ont pas de chefs, des orphelins, comme dit encore Helme? Car il y a ceux dont les maîtres sont morts, absents, brouillés avec eux : il y a ceux que leurs chefs ne soutiennent pas, ayant

d'autres préférences; enfin, bien que le concours de l'internat représente une première sélection presque indispensable, il faut compter avec quelques exceptions individuelles, que des causes indépendantes de leur volonté ont pu tenir éloignés de ce concours, tels jadis Lasègue, et plus récemment Picqué, Rochard, etc. Ceux-là, qui les soutiendra?

Evidemment je ne voudrais pas faire de l'adoption par un chef la base du système : ce serait trop dangereux. Ce serait la prime à la flagornerie qui, nous le savons, n'a pas précisément besoin d'être encouragée : il y a craindre, la chose s'est vue, que le chef ne donne ses préférences à l'élève fortuné qui peut lui garder tout son temps de candidature pour l'aider dans ses travaux et peut-être ailleurs aussi, plutôt qu'au pauvre diable qu'un héritage moins brillant oblige à se jeter de suite dans la mêlée de la clientèle pour cause de pain à gagner. Le maître est un homme, et il faut compter, jusque chez les meilleurs, avec l'élément humain, même et surtout quand il est inconscient.

Mais puisqu'on ne peut empêcher ceci, ne comprenez-vous pas que le seul moyen de contrebalancer cette influence d'un maître mal intentionné, c'est de la noyer, comme le fait notre projet, dans le grand nombre des influences rivales, et ne voyez-vous pas combien le danger devient moins grand avec l'augmentation du nombre des juges? N'est-ce pas là le moyen que chaque candidat ait un peu de cette chance qui s'appelle aujourd'hui « un chef dans le jury », mais aussi que celle-ci perde de son importance, puisque tant d'autres sont dans le même cas? Au fond, en s'éparpillant ainsi, cette influence du chef, ne sentez-vous pas qu'elle disparaît presque, en tout cas qu'elle devient singulièrement moins dangereuse que si elle s'exerce entre sept juges pendant toute la durée d'un concours et qu'en somme il en reste juste assez pour jouer, comme je le disais en commençant, un rôle utile au candidat de valeur mal mis en lumière par le concours? Si vous craignez l'action prépondérante de maîtres influents, ne faites pas de délibération finale et imposez le vote secret. Ceux qui n'auront pas de chefs du tout ne seront donc plus si loin des autres : nous voilà presque à l'égalité rêvée. Qui sait, — il faut s'attendre à tout, — si même ces inconnus, ces orphelins, n'auront pas pour eux, par compensation, les jeunes du jury, pas toujours bons camarades pour leurs concurrents de la veille... Qui sait?...

Dr Diogène.

BIBLIOGRAPHIE

De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. — Historique et technique de l'hystérectomie vaginale pour adénome, cancer, fibromes, lésions des annexes, prolapsus et inversion, par R. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. 1 vol., 204 pages, avec 28 figures originales dans le texte. Paris, bureaux de la *Semaine gynécologique*, 5, rue Hautefeuille, 1897.

Le livre de M. Pichevin constitue le recueil le plus complet et le mieux disposé que nous connaissions sur ce sujet, resté l'un des principaux champs de bataille de la gynécologie chirurgicale. Avec un esprit critique très judicieux, il nous fait connaître toutes les phases par lesquelles est passée l'hystérectomie vaginale avant d'en arriver à son degré actuel de perfectionnement. La multiplicité des documents, la difficulté de la critique, parmi tant de méthodes toutes dues à des chirurgiens de haute valeur, n'ont pas découragé M. Pichevin; la querelle de priorité de Péan et de Doyen s'y trouve discutée et appréciée en termes très judicieux et très clairs. L'auteur expose ensuite avec une grande clarté tous les détails du manuel opératoire de l'hystérectomie, signalant les points dangereux avec une justesse que pourra apprécier quiconque s'est trouvé aux prises avec les complications d'une technique opératoire que les descriptions des ouvrages classiques font supposer très simple. Des figures très claires ajoutent encore à l'intelligence du texte et l'on ne peut que féliciter M. Pichevin d'avoir réussi aussi brillamment à mettre entre les mains des gynécologues un chapitre de médecine opératoire parfaitement au point et que tous, même les plus expérimentés, pourront toujours consulter avec fruit.

R. Blondel.

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 10 vol. in-8e de 850 pages chacun illustrés de figures. Prix de chaque volume : 12 francs.

Vient de paraître : Tome IV. *Maladies du tube digestif*. 1 volume grand-8° de 882 pages avec figures. Prix ; 12 francs.

A une époque où la science progresse avec une si grande rapidité il n'est pas surprenant que les livres se succèdent avec une abondance que justifient le nombre et la valeur des conquêtes scientifiques de chaque jour. A cet égard, le nouveau Traité dont l'éminent doyen de la Faculté a pris la direction comptera parmi les plus importants, car non seulement il est le plus récent, mais M. Brouardel a su s'assurer pour sa publication la collaboration de savants qui ont contribué puissamment au mouvement scientifique actuel.

Si ce titre n'était destiné à vieillir si rapidement, le vrai nom de ce nouveau livre serait : *Traité de médecine moderne*, eu égard, et à la nouveauté des matériaux qu'il contient, et à l'esprit dans lequel il est écrit. Pour la première fois, en effet, dans un traité de pathologie, nous voyons des chapitres portant des désignations qui sont devenues nécessaires et qui pourtant seraient incompréhensibles pour un médecin qui depuis vingt ans et même un temps beaucoup moins long, en serait resté aux notions acquises à cette époque cependant si récente. Toutefois, si moderne qu'il soit, et cela dans le bon sens du mot, ce Traité n'abandonne pas les données léguées par la tradition.

Ni au point de vue pathogénique, ni au point de vue nosographique, ce livre, qui va remplacer ses aînés auprès des générations médicales actuelles, ne fait bon marché des travaux accumulés avant lui. Nous pourrions ajouter que le grand intérêt qu'il présente est précisément dans la manière dont les découvertes modernes sont présentées et dans l'application que les auteurs en ont faites à la confirmation des observations anciennes.

Le quatrième volume, qui vient de paraître et qui est consacré aux *Maladies du tube digestif*, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé. Il est difficile de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés : les noms des maîtres qui les ont écrits nous dispensent d'en faire l'éloge.

Les *maladies de la bouche et du pharynx* sont étudiées par le Pr J. Teissier (de Lyon), dont le *Traité de pathologie médicale*, en collaboration avec le Pr Laveran, est devenu classique par un succès de quatre éditions. Les *maladies de l'estomac* sont traitées par le Pr Hayem, dont la compétence sur ce sujet est universellement reconnue : ces 350 pages constituent un véritable traité sur un des chapitres les plus importants de la pathologie médicale, que les travaux originaux de l'auteur ont entièrement renouvelée. Le Dr Galliard, médecin des hôpitaux, s'est chargé des maladies de l'*œsophage* et de l'*intestin*. Les Prs Laboulbène et Hutinel ont donné deux monographies sur les sujets pour lesquels ils font autorité : le premier sur les *Vers intestinaux*, le deuxième sur les *Entérites infantiles*. Enfin le Dr Dupré termine le volume par l'étude des *Maladies du péritoine*. L'exécution matérielle de ce Traité est toute particulièrement soignée : de nombreuses figures et tracés aident à la compréhension du texte.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'assistance à Paris. — Pour se conformer à la délibération prise le 14 décembre dernier par le Conseil municipal, qui invitait l'administration et la cinquième commission à lui soumettre à bref délai le programme minimum des dépenses indispensables de premier établissement pour les institutions d'assistance, M. Peyron a soumis au préfet de la Seine, particulièrement soucieux de situation lamentable de ces établissements, un rapport très complet sur les besoins et les ressources de l'Assistance publique à Paris.

Nous aurons à revenir sur l'intéressant exposé que fait l'éminent directeur de l'Assistance publique de l'insuffisance du nombre de lits dans les hôpitaux généraux et dans les hospices. Nous nous bornerons pour aujourd'hui à faire connaître le chiffre des demandes de placement de vieillards et d'infirmes que la commission de classement n'a pas eu le temps d'examiner. Au 1er janvier 1897 les demandes non classées s'élevaient au chiffre de 8,279 sur 12,915 demandes!

M. Peyron estime que pour porter remède à cette situation une dépense totale de 52,909,600 francs est nécessaire; elle se répartirait ainsi :

Hôpitaux	10.352.600	francs.
Hospices	6.560.000	—
Enfants	7.519.000	—
Tuberculose	6.986.000	—
Grosses réparations, transformations, reconstructions	21.492.000	—

Les ressources dont dispose l'Assistance publique s'élèvent à 16 millions environ; c'est donc une somme de 37 millions qu'il faut trouver.

Quel que soit l'allègement apporté par les subventions de l'Etat ou du pari mutuel, dit M. Peyron, la plus grosse part des sacrifices incombera toujours à la Ville de Paris. Le préfet de la Seine est certain que le concours du Conseil ne lui fera pas défaut.

Les magnétiseurs. — Le tribunal d'Angers vient de rendre une décision qui offre son intérêt relativement à l'exercice de la médecine.

Un sieur Mouroux, établi magnétiseur à Angers, était poursuivi par le parquet de cette ville, qui lui reprochait de nombreux faits d'exercice illégal de la médecine.

Le syndicat des médecins d'Angers se portait partie civile. Après des débats assez mouvementés, la décision suivante vient d'être rendue et fait suffisamment connaître les faits :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et de l'audience que le prévenu s'est borné vis-à-vis des personnes qui sollicitaient ses soins à pratiquer sur elles et par dessus leurs vêtements des passes magnétiques et à fournir à quelques-unes de la ouate aimantée.

« Attendu que les notes remises par Mouroux à quelques-unes des personnes qu'il a soignées n'ont aucunement le caractère d'un certificat médical.

« Qu'il est d'ailleurs établi que Mouroux n'a jamais pris le titre de docteur, mais s'est toujours donné comme magnétiseur à ceux qui le consultaient.

« Attendu que si la loi du 30 novembre 1892 admet comme passible des peines qu'elle édicte, ceux qui, sans être munis de diplôme, prennent part habituellement ou par direction suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales, en exceptant les cas d'urgence avérée.

« Attendu qu'il ressort du rapport fait sur cette loi à la Chambre par M. le député Chevandier, que jamais il n'est entré dans l'intention de la commission de viser les masseurs et les magnétiseurs, les articles punissant l'exercice illégal de la médecine ne pouvant leur être appliqués, ajoute le rapporteur, que le jour où ceux-ci sortiraient de leurs pratiques habituelles, et sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments et chercheraient à réduire des luxations ou des fractures.

« Attendu que Mouroux, en se livrant sur diverses personnes aux pratiques magnétiques ci-dessus indiquées et en donnant de la ouate aimantée, ne peut être considéré comme ayant exercé un traitement ou prescrit un médicament de nature à entraîner contre lui la peine édictée par la loi du 30 novembre 1892. »

Par ces motifs, le tribunal d'Angers, après plaidoiries de Me Comby, du barreau de Paris, qui se présentait pour le prévenu, et de Me Cheneau, du barreau d'Angers, qui se présentait pour le syndicat des médecins de Maine-et-Loire, a déclaré mal fondé dans ses conclusions M. Grippat, président du syndicat, partie civile, et acquitte de la prévention le magnétiseur Mouroux en le renvoyant des fins de la poursuite sans dépens.

Le syndicat des médecins d'Angers a interjeté appel.

Exercice illégal de la médecine à Menton. — Les médecins de Menton, réunis en Société, ont protesté contre l'autorisation d'exercer la médecine accordée à un étranger et contre l'inscription sur la liste nominative des docteurs en médecine, officiers de santé, etc., exerçant dans le département des Alpes-Maritimes, en vertu de la loi du 30 novembre 1892, d'un médecin étranger, habitant l'Italie (Vintimille). Ce médecin n'a fait enregistrer son diplôme de la Faculté de Gênes qu'au mois de février, alors que la liste a été affichée au mois de janvier. Le ministre de l'Instruction publique, M. Rambaud, à qui la Société s'était adressée pour obtenir le retrait au médecin étranger de l'autorisation d'exercer la médecine en France, a répondu « qu'il ne le pouvait, parce qu'il y a intérêt à ce que la population mentonnaise ne soit pas privée des soins de ce médecin ».

Ainsi donc voilà un médecin non Français, non patenté en France, habitant l'Italie, qui exerce la médecine sur territoire français. Lorsque les médecins français patentés en France, demandent au ministre l'application de la loi de 1892, celui-ci leur oppose une fin de non-recevoir, accompagnée de considérations désobligeantes pour le corps médical mentonnais. On peut juger par là de la manière dont les intérêts médicaux sont protégés en France, et la façon dont sont appliquées les lois même récentes. (*Echo médical de Lyon.*)

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan
Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Technique de la cure de la hernie inguinale par la méthode sclérogène.

Par le Pr LANNELONGUE,

Membre de l'Institut.
Professeur à la Faculté de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

(*Suite et fin.*)

Traitement post-opératoire. — Un certain nombre de sujets ne souffrent pour ainsi dire pas des injections, qui sont certainement moins douloureuses dans les tissus sains de la région pubienne que dans les tissus tuberculeux des jointures; d'autres se plaignent presque tout de suite, d'autres enfin une demi-heure, une heure après les injections; quelques-uns souffrent vivement. Les douleurs spontanées ne durent guère au delà du premier et du second jour de l'opération; les jours suivants elles sont très amoindries. On doit signaler en même temps un état de contracture douloureuse des muscles de la paroi de l'abdomen d'un seul côté ou des deux côtés, qui se montre dans les mouvements et les efforts du malade; on constate aussi quelquefois une flexion légère de la cuisse du côté malade, de même origine. Il est inutile de laisser les sujets souffrir, et on doit, à mon avis, leur éviter toute douleur. Le chloroforme et la morphine me paraissent les meilleurs moyens d'y remédier.

On les donne à des doses différentes.

Entre un et trois ans, on ne peut guère recourir qu'au chloral. On administrera 40 centigrammes à 1 gramme, suivant l'âge. On le fera prendre dans un lavement composé de 60 grammes d'eau, 40 grammes de lait, avec hydrate de chloral en quantité suffisante. La moitié de ce lavement sera donnée une demi-heure après l'opération, l'autre moitié le soir. On pourra recommencer le lendemain.

De trois à cinq ans on donnera 1 gramme de chloral en deux lavements, et on fera une injection de chlorhydrate de morphine de 1 à 5 milligrammes, suivant l'âge.

De cinq à dix ans, on pourra donner de 1 à 2 grammes de chloral en deux fois, et de 5 milligrammes à 1 centigramme de morphine en deux injections.

De dix à quinze ans, on donnera 2 à 3 grammes de chloral, et 1 centigramme de morphine en deux injections.

Au delà de quinze ans, on peut donner le chloral et la morphine comme chez l'adulte, en tenant compte de la réserve imposée par de mauvais reins ou une affection cardiaque.

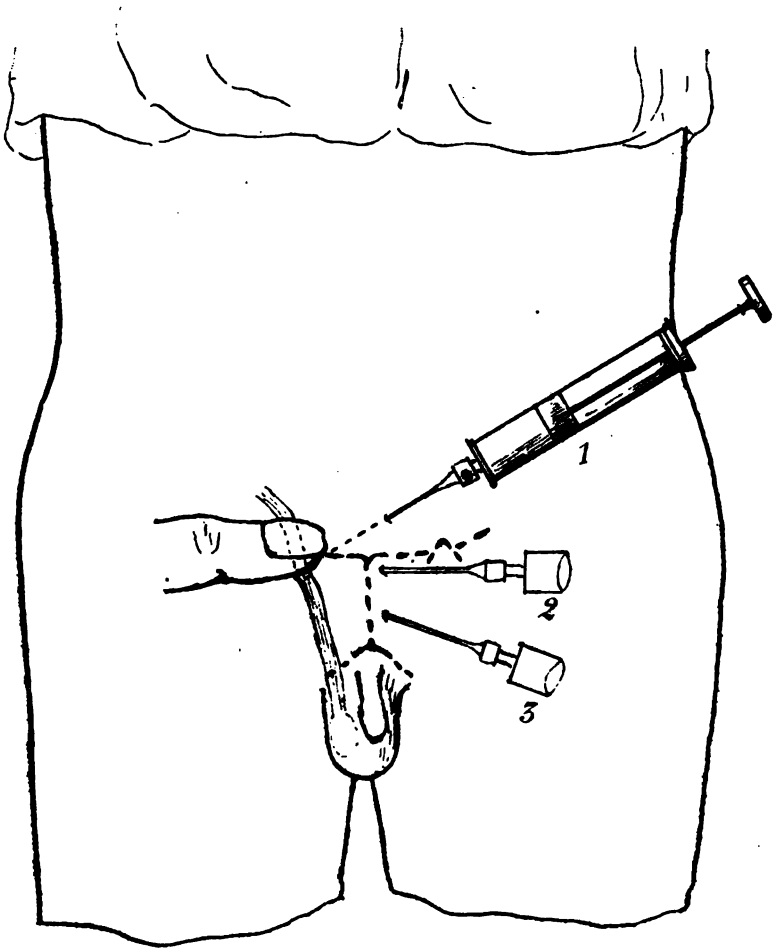


Fig. 1.

1, 2, 3, positions de la seringue dans les injections successives en dedans du cordon. Les traits pointillés autres que ceux de l'aiguille de la seringue indiquent les contours du pubis.

Plusieurs médecins d'enfants, avec qui je me suis entretenu des effets de la morphine chez les jeunes sujets, ont été à peu près unanimes pour la proscrire avant trois ans. Ils n'ont pas une opinion absolument faite sur les doses qu'on peut donner ensuite aux divers âges jusqu'à vingt ans. En dernier lieu, Comby propose de donner la morphine à la dose de 1 milligramme à l'âge de trois ans, et d'augmenter de 1 milligramme par an jusqu'à

dix ans. Ainsi on donnerait 1 milligramme à trois ans, 2 milligrammes à quatre ans, 3 milligrammes à cinq ans, etc., jusqu'à 10 milligrammes à dix ans. De plus, on pourrait, chez le même sujet, répéter la même dose deux et même trois fois dans un jour, à deux ou trois heures d'intervalle, l'élimination de la morphine ayant lieu chez les enfants dans le délai d'une à deux heures lorsque les reins sont sains.

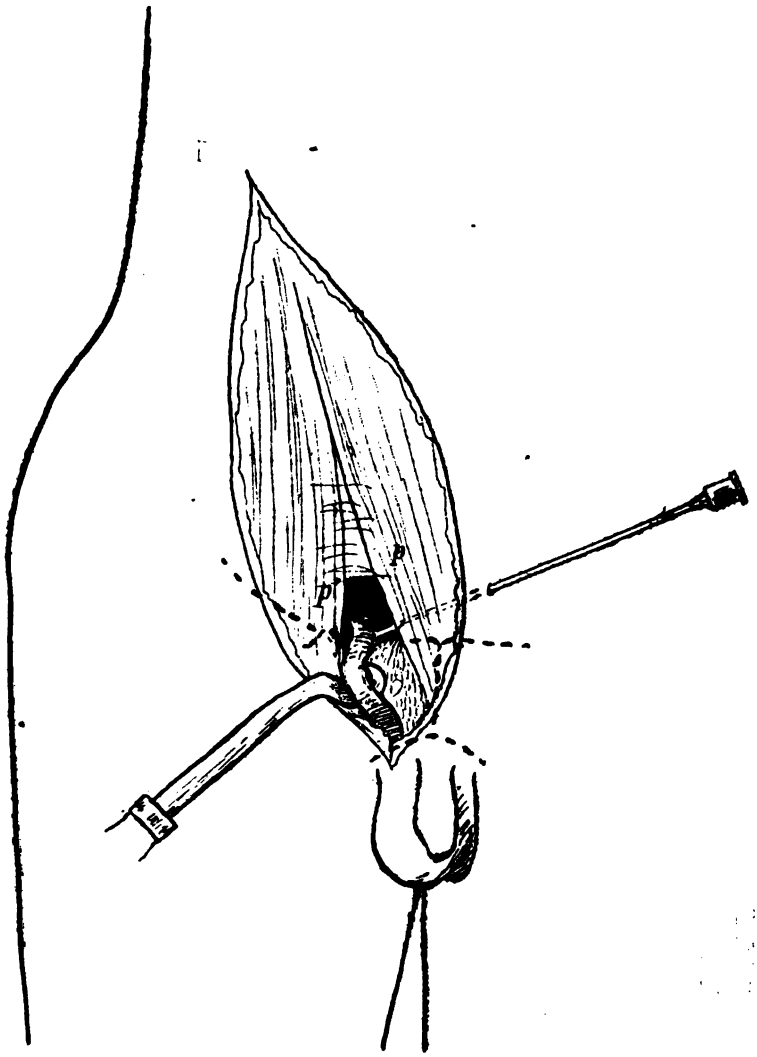


Fig. 2.

Ce schéma représente l'anneau inguinal pubien dans lequel se rend, sur le bord supérieur du pubis, l'extrémité de l'aiguille de la seringue. Le cordon est attiré en dehors par une érigne : *p* et *p'* sont les piliers interne et externe de l'anneau. Les traits pointillés autres que ceux de l'aiguille de la seringue indiquent les contours du pubis.

Doses. — Le liquide employé est une solution de chlorure de zinc au dixième; je n'ai pas étudié des solutions autres que celle-là. Chez mes premiers opérés, j'injectais des doses moins fortes qu'aujourd'hui. J'ai acquis, depuis, la conviction que l'action locale, je veux parler de la réaction phagocytaire, était en raison directe de la dose et que, d'autre part, la tolérance de l'économie et des tissus sains, pour cet agent, était plus grande que je ne le supposais. Il importe, d'autre part, de régler les doses des injections d'après le

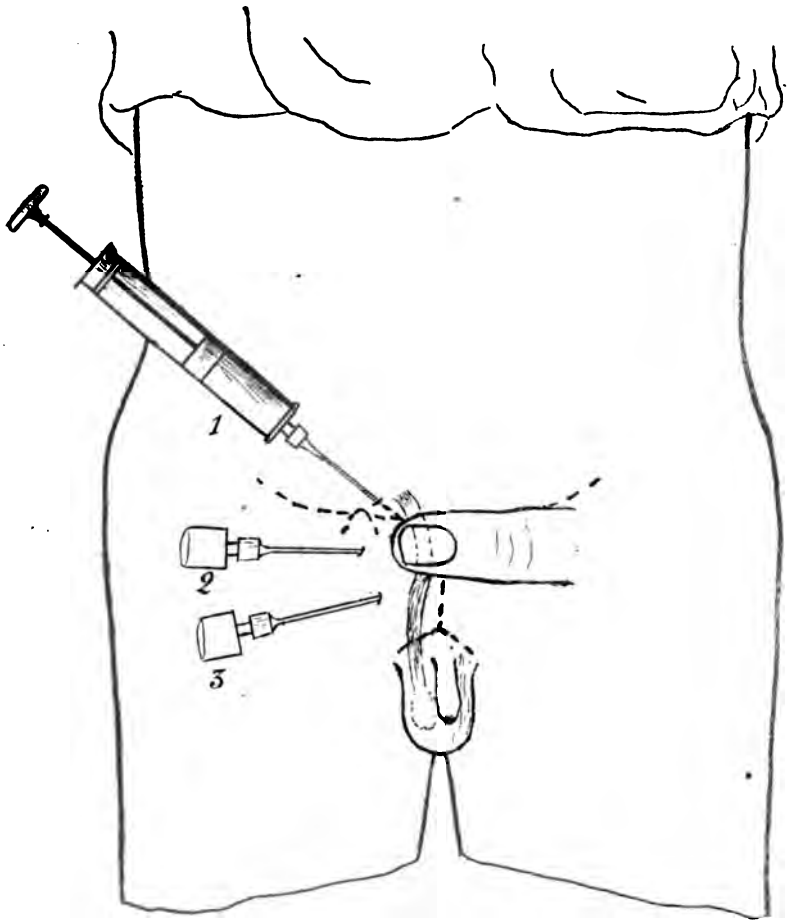


Fig. 3.

1, 2, 3, position de la seringue dans les injections successives en dehors du cordon. Les traits pointillés autres que ceux de l'aiguille de la seringue indiquent les contours du pubis.

volume de la hernie : la notion du volume comporte celle, en effet, du vide à combler, et dans une grosse hernie on aura à combler un plus grand espace, à fermer de plus gros orifices, en même temps qu'on doit obtenir l'*oblitération du sac*. Les enfants paraissent supporter, proportionnellement à leur poids, des doses plus fortes que les adultes ou les vieillards. Je ne veux pas dire par là que la réaction locale est moindre chez eux : c'est le contraire. Mais l'état général est moins affecté. La température, chez les enfants, ne dépasse guère 38°,2; une fois elle a atteint 38°,5 et je trouve sur mes tableaux que chez

des sujets de vingt et un mois, deux ans, trois ans, ayant reçu de 50 à 60 gouttes, la température n'a pas dépassé 37°,5, 37°,8, 37°,2. On ne peut pas dire que ce soit de la fièvre.

Chez des sujets de dix-neuf ans, injection de 70 gouttes. Température : 39°. Chez un autre de vingt-cinq ans, la température a été de 38°,2.

L'élévation de la température se montre le second jour, en général, et ne dure guère que vingt-quatre heures. Elle ne s'accompagne ni de malaise, ni de troubles gastriques.

Voici donc les doses moyennes dont je me sers : *De un à cinq ans*, 30 à 50 gouttes en quatre ou six injections, six injections d'habitude. J'ai injecté chez un enfant de vingt et un mois, atteint de grosse hernie, de 65 à 70 gouttes. Je ne puis mieux préciser, car il s'en est perdu quelques gouttes. La réaction locale a été très grande, mais sans accidents, et la guérison parfaite. Chez un sujet de *quatre mois*, j'ai injecté plus de 20 gouttes. Ces chiffres montrent la tolérance des jeunes sujets et par conséquent la manière dont on peut employer le médicament.

De cinq à quinze ans, on doit injecter depuis 40 à 60 gouttes en six piqûres suivant l'âge et le volume de la hernie.

De quinze à vingt ans, la dose est de 60 à 80 gouttes.

Adultes et jusqu'à soixante-cinq ans. J'ai injecté chez eux environ 80 gouttes en moyenne pour les très grosses hernies. D'ailleurs il n'y a eu aucun accident.

J'ai accepté le chiffre de 10 gouttes de la solution au dixième pour chaque piqûre pour plusieurs raisons. Il est facile à retenir, il correspond aux graduations des seringues, il est approximativement la moitié de la seringue de 1 gramme et le quart de la seringue de 2 grammes, qui est celle dont je me sers.

D'autre part, cette dose se diffuse mieux qu'une dose plus grande injectée en une seule place, et c'est aussi le motif pour lequel je recommande de faire un plus grand nombre de piqûres en suivant les règles que j'ai posées.

Je crois aussi qu'il vaut mieux retirer l'aiguille chaque fois et faire ensuite une nouvelle piqûre, plutôt que de modifier sa direction après une injection pour en faire une autre plus loin sans la dégager des tissus.

Ces choses ne sont pas, je crois, une question de goût personnel; elles m'ont paru en rapport avec une application mieux comprise de la méthode.

La seringue dont je recommande l'emploi est la seringue de *deux grammes*, graduée pour cinq ou dix gouttes. On aura soin chaque fois de bien s'assurer que le piston tient le vide et que la canule fait corps avec le bout de la seringue, de manière à ce que le liquide ne ressorte pas en gouttes par là, quand on injecte dans les tissus fibreux; du reste, lorsque la pointe de l'aiguille repose sur l'os, on peut la relever de 1 ou 2 millimètres environ si on éprouve de la résistance.

Le chlorure de zinc est un antiseptique des plus puissants; on n'a donc jamais à craindre, avec lui, la formation d'abcès profonds, je n'en ai jamais vu dans les tissus sains, pas plus que des gangrènes des tissus et j'ai fait un nombre considérable d'injections. On évitera les petites escarres de la peau en introduisant l'aiguille obliquement et en la retirant de manière à ne pas déposer du liquide sous le tégument. Sur trois cents injections faites par moi pour des hernies, je n'ai pas encore vu d'escarres de la peau.

Les aiguilles en platine iridié sont trop souples et j'ai dû y renoncer promptement; ce sont encore les aiguilles en acier trempé qui m'ont paru les meilleures. Afin d'éviter qu'elles deviennent trop cassantes par oxydation ou par l'action du chlorure de zinc,

nous avons recours, dans mon laboratoire, à un petit moyen utile à la conservation des aiguilles. Elles sont conservées, une fois flambées, dans de petits tubes en verre stérilisés au fond desquels se trouve de la ouate imbibée d'huile. Ces aiguilles huilées ne se rouillent pas et sont beaucoup moins attaquées par le chlorure de zinc et d'autres agents irritants. Les aiguilles doivent être plutôt longues, leur calibre plutôt fin. Les canules un peu plus grosses résistent mieux et sout mieux conduites. En faisant bouillir les seringues pendant dix minutes, on a une stérilisation suffisante, étant donné qu'on se sert du chlorure de zinc. Je les mets ensuite dans une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 200 qui n'altère pour ainsi dire pas les instruments.

MÉCANISME DE LA CURE RÉCENTE ET DÉFINITIVE

Sous le nom de cure récente, j'entends la cure des trois premiers mois, celle qui me paraît être, au moins jusqu'à vingt ans, la règle à la suite du traitement précédent. Je

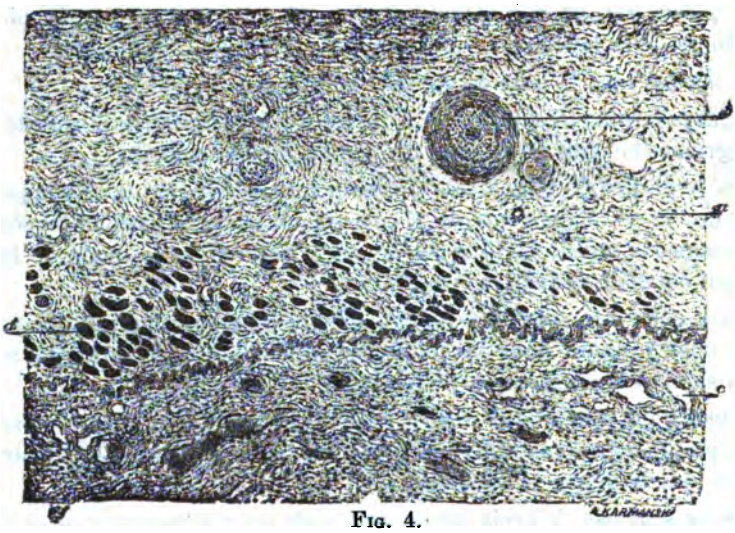


Fig. 4.

Coupe histologique d'un noyau sous-cutané de la paroi abdominale d'un lapin ayant reçu, vingt jours avant, trois gouttes d'une solution au 1/50.
a, tissu conjonctif en voie de transformation fibreuse. — *b*, artère oblitérée. — *c*, espace lymphatique dilaté. — *d*, faisceaux musculaires écartés les uns des autres par le tissu conjonctif.

dois l'envisager d'abord et spécialement parce qu'elle montre la succession des divers phénomènes locaux et qu'elle est la première étape de la cure définitive.

Pour en comprendre le mécanisme, il est essentiel de rappeler l'action des injections interstitielles de chlorure de zinc sur les tissus normaux. Ce médicament agit sur les tissus à la façon d'un réactif fixateur. Il coagule l'albumine des cellules et amène la nécrobiose d'un certain nombre d'éléments anatomiques. Dans le foyer de l'injection se font de petites hémorragies et bientôt se développe une réaction inflammatoire intense. Le tissu se remplit d'éléments embryonnaires et c'est cette infiltration abondante qui donne lieu aux épaississements nodulaires, et à ces plaques dont le toucher permet de reconnaître aisément l'existence. Puis, à une période plus avancée, les éléments mortifiés disparaissent; les artères montrent les altérations de l'artérite oblitérante, qui se propage parfois très au delà même du foyer de l'injection, et graduellement le tissu embryonnaire s'organise en tissu fibreux (voir *fig.* 4). Ces modifications histologiques s'observent

d'une façon générale dans tous les tissus. Les phénomènes de nécrose et de résorption des éléments mortifiés se laissent surtout étudier sur les faisceaux primitifs des muscles.

Sur les os longs du lapin, l'injection du liquide caustique sous le périoste et à sa surface, produit une infiltration sanguine et, consécutivement, une ostéite caractérisée par un état rugueux de la surface de l'os. On observe, en outre, au point correspondant, dans le canal médullaire, des petites projections de tissu osseux, sous forme de trabécules délicates.

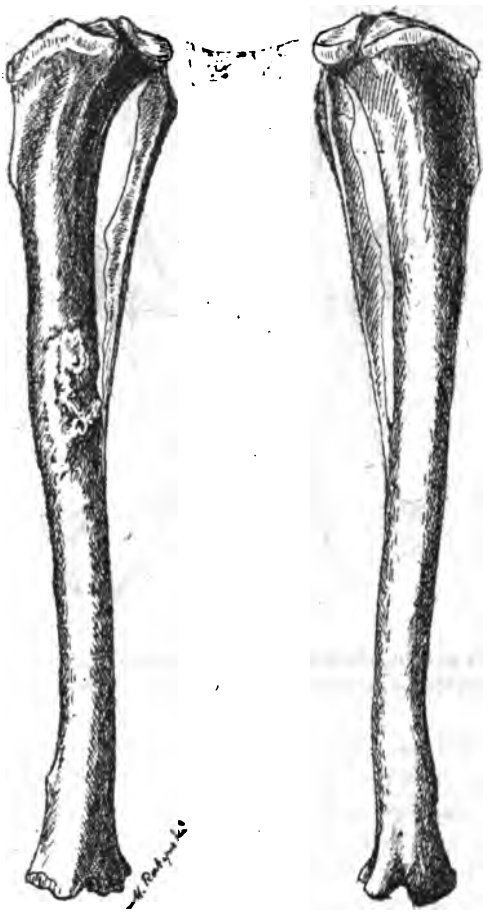


Fig. 5.

Ostéo-périostite du tibia formant une exostose au niveau d'une injection de deux à trois gouttes d'une solution de chlorure de zinc au 1/10, déposée sur la surface du corps de l'os. Le tibia présente en plus de l'hyperostose.

De nombreuses expériences montrent qu'on obtient des altérations notables des os en déposant simplement deux à trois gouttes de la solution au dixième à leur surface. On y provoque une ostéo-périostite *productive* qui se propage au tissu compact et jusque dans le canal médullaire. Le périoste forme des plaques épaisses et dures; sur l'os se produisent de véritables *exostoses*, des plaques saillantes, des crêtes et parfois aussi un

dépôt plus régulier qui agrandit les faces du corps cylindrique des os longs. Un péroné à ce contact a triplé son volume et a pris un aspect moniliforme; le pubis de plusieurs lapins est devenu plus épais, plus large, plus inégal du côté injecté que du côté où on n'a rien fait. Ces expériences ont été faites sur des animaux adultes : les résultats sont plus considérables chez les jeunes animaux.

Déposé sur le pubis de l'homme, au-dessus et au-dessous du périoste, le médicament y détermine les mêmes effets : il y développe une ostéo-périostite plus ou moins intense et, autant que la clinique peut l'indiquer, j'ai trouvé, au bout de plusieurs mois, le pubis, du côté injecté, plus développé chez certains de mes sujets que du côté sain.

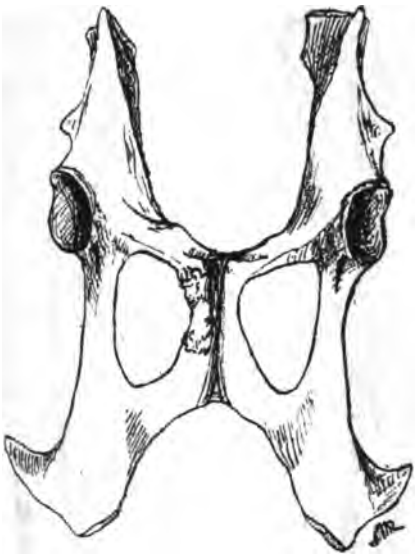


Fig. 6.

Ostéo-périostite du pubis avec néoformation osseuse et épaississement de l'os provoqué par une injection sur l'os de deux gouttes d'une solution de chlorure de zinc au 1/10.

En dehors du squelette, la réaction phagocytaire se traduit par une accumulation énorme d'éléments embryonnaires qui remplissent tous les vides et bouchent toutes les parties libres. L'anneau inguinal pubien, dans lequel on dépose environ 1 gramme de liquide, se remplit de ces nouveaux éléments qui s'y accumulent autour du sac herniaire et du cordon, et unissent les piliers entre eux et aux parties voisines. Mais l'infiltration doit s'étendre plus haut encore, selon ce qu'indique l'anatomie et ce que m'ont fait connaître des expériences cadavériques; elle se répand sur la paroi postérieure du trajet inguinal, paroi qui, ainsi que l'a fait voir Blaise (1), est la partie la plus défectueuse dans le cas de hernies. C'est sur elle que se trouve la région faible, point de départ de toute hernie : cette partie sera renforcée par le nouveau tissu. Mais, en outre, la clinique indique que la paroi antérieure de l'abdomen, depuis la ligne médiane et le bord supérieur du pubis, est épaissie dans une hauteur plus ou moins grande et plus ou moins étendue en dehors.

N'est-ce pas là le renforcement important d'un organe de défense contre toute hernie inguinale?

(1) Paul Blaise. Canal inguinal chez l'adulte. *Thèse de Paris*, 1894.

Mais la réalisation de ces faits à laquelle on assiste, et qui est une chose déjà considérable en soi, serait probablement inefficace, s'il ne s'y ajoutait pas l'*oblitération du sac herniaire.*

L'oblitération du sac herniaire, ou tout au moins de la portion du sac qui est en continuité directe avec le péritoine abdominal, est une des deux conditions nécessaires de toute cure radicale. Il ne nous a pas été encore donné de relever, dans une autopsie, l'état dans lequel sont les choses, mais, en attendant, on a, pour asseoir un jugement, les faits qui établissent positivement cette oblitération. Ce sont ceux dans lesquels il s'est produit, dans le sac herniaire, une réaction caractérisée par des masses solides remplissant la totalité du sac aussi haut qu'on peut le suivre dans la paroi de l'abdomen, c'est-à-dire dans la partie supérieure du trajet inguinal. Et il y a en plus, tous les faits où la hernie ne s'est pas reproduite.

On peut objecter que pour ces derniers, on ne sait pas dans quel état sont les choses : j'en conviens, mais rien non plus n'autorise à penser que le sac est resté perméable, tandis que tout porte à croire le contraire.

L'oblitération du sac herniaire relève d'un mécanisme à part. Ce n'est plus l'action d'un liquide irritant sur la surface interne d'une séreuse, car on n'injecte pas, je le répète, dans le sac herniaire, et si cela arrive et m'est arrivé, c'est par erreur et contre ma théorie.

Le liquide est déposé à la *périphérie du sac herniaire*, autour de lui, en plusieurs régions successivement, dans le trajet inguinal, dans la région pubienne. Or, on n'ignore pas que la paroi du sac herniaire est tantôt d'une ténuité extrême et tantôt plus ou moins épaisse et doublée par les tissus voisins.

Dans l'un et l'autre cas, il se fait autour d'elle et dans son épaisseur certainement, un travail de phagocytose des plus actifs. Le médicament, en effet, commence par fixer les éléments anatomiques là où il est déposé et il agit même à distance, à une distance d'autant plus grande que le tissu est plus lâche, ce qui est le cas du cordon et des tissus qui l'entourent.

Mais bientôt apparaît un nouveau phénomène d'une tout autre importance. Très rapidement, presque en quelques heures, il se fait par diapédèse et probablement aussi par prolifération cellulaire, un afflux énorme de nouveaux éléments anatomiques.

L'irruption soudaine et en masse de jeunes cellules a lieu non seulement au point d'application du remède, mais aussi à une certaine distance par diffusion de l'agent thérapeutique. Cet afflux des éléments embryonnaires au lieu intéressé est énorme ; on peut l'apprécier déjà au bout de quelques heures et surtout dès le lendemain. C'est la lutte qui commence entre les nouveaux éléments qui s'amoncèlent pour faire le siège en règle des anciens, jusqu'à ce qu'ils les aient absorbés et qu'ils se soient substitués à eux. Ainsi s'était formée tout à l'heure une ostéo-périostite aseptique. Ainsi se forme une *funiculo-vaginalite*, externe d'abord, que l'on reconnaîtra chez les sujets dès le premier ou le second jour.

Mais ces effets ne se bornent pas à la paroi externe du sac. La surface interne doit subir des modifications de même ordre et qui se traduisent par l'*adhérence simple*, par la *formation des plaques adhésives* et parfois par des *exsudats solides* plus ou moins *consistants* remplissant partiellement ou totalement le sac.

Lorsque, sur un lapin ou un chien, on injecte quelques gouttes de la solution précédente dans la paroi abdominale, non plus sous la peau mais dans les muscles mêmes et

aussi superficiellement qu'on peut le faire, de façon à ne pas intéresser le péritoine, il ne s'en produit pas moins dans le péritoine pariétal, bien qu'il n'ait pas été touché, un travail qui se traduit du côté de la cavité péritonéale tantôt par des petites adhérences simples et tantôt par un épaississement notable du péritoine avec formation d'une plaque membraneuse assez étendue sur la surface interne du péritoine pariétal.

De même, quand on injecte la solution au 1/10 dans le poumon des chiens, il se fait un épaississement de la plèvre pulmonaire, une plaque cicatricielle étoilée et pourtant le liquide a été déposé assez loin de la surface pulmonaire. Mauclaire, dans les expériences qui se trouvent consignées dans son excellente thèse, a vu les mêmes lésions sur la plèvre et sur le péritoine dans les injections parenchymateuses du poumon et du foie (1).

Les choses doivent se passer pareillement du côté de la surface interne du sac herniaire, mais avec d'autant plus d'intensité, et je dirai d'efficacité, que le liquide est diffusé contre cette paroi, paroi en général mince et mobile dans un tissu conjonctif. L'organisation ultérieure des produits de transformation se fait lentement et progressivement.

Une conséquence inévitable des faits précédents doit être la transformation d'un sac mobile en sac plus adhérent, faisant corps avec les tissus voisins, dans une partie plus ou moins grande de son trajet.

Ainsi l'expérimentation d'une part, la clinique de l'autre, indiquent, sans qu'on puisse encore en fournir la preuve sur l'homme, que le sac herniaire a dû changer sa modalité anatomique, se transformer en un organe fermé aux viscères de l'abdomen, peut-être en un cordon, et s'épaissir même loin de la région infectée.

Tel est le *sclérome inflammatoire* ou plutôt *de réaction*.

C'est à la fois un engorgement aseptique, ostéo-périostite, une funiculite, une tuméfaction abdominale, dont les effets, partant du pubis, s'étendent dans le trajet inguinal, dans la paroi elle-même, plus ou moins haut, plus ou moins profondément.

La réaction n'est pas, on le voit, le fait d'une irritation ordinaire des tissus; elle est, au contraire, le résultat de la nécrobiose aseptique, sans élimination extérieure, qui disparaît, au contraire, par l'afflux de nouveaux éléments venant se grouper autour des anciens, les emprisonnant dans des nodules multiples, les dévorant enfin pour se substituer à eux et se transformer plus tard en tissus conjonctifs denses, en tissus fibreux et osseux. Il se fait, en somme, une *réparation cicatricielle étendue et profonde*. On comprend bien que l'appel sera d'autant plus nombreux qu'il y aura plus d'éléments atteints; en un mot, *la réaction phagocytaire me paraît être en raison directe de la quantité et de la diffusion du liquide injecté*. D'autres conditions, comme celle de l'âge des sujets, peuvent jouer un rôle. J'y reviendrai.

Je donne à la tumeur développée dans ces conditions le nom de *sclérome*. Son évolution doit être sommairement exposée dans le premier trimestre d'abord, dans la suite enfin, aussi longtemps que possible.

---

(1) Mauclaire. Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Méthode sclérogène. (*Thèse de Paris*, 1893, p. 152.)

ÉVOLUTION LOCALE DANS LE COURS DE LA PREMIÈRE SEMAINE

Le gonflement inguino-pubien commence vite, dans les premières heures qui suivent les piqûres, peut-on dire; il est très appréciable dès le lendemain et il atteint son maximum en deux ou trois jours. Il a lieu sans chaleur à la peau, sans la tension chaude des gonflements inflammatoires. Il ne s'accompagne pas non plus de rougeur. Ce n'est plus le phlegmon morbide septique. C'est une *tuméfaction vitale*. Pour maintenir la vie dans une région où elle a été profondément troublée, il faut qu'il s'accomplisse un double travail de *résorption et de développement d'un tissu de cicatrice.*

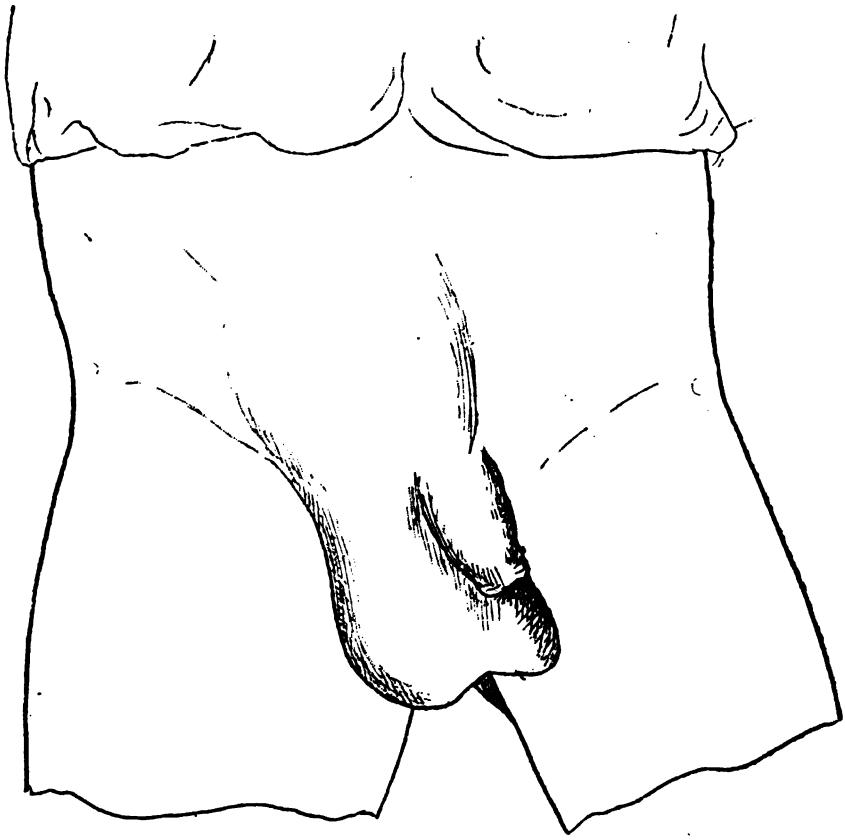


Fig. 7.
Sclérome inguino-pubien, abdominal et scrotal. Guérison après le traitement dans un cas de grosse hernie congénitale descendant au fond des bourses; le sclérome est en voie de résolution.

Les injections ne doivent *jamais être superficielles*, aussi tout se passe-t-il profondément. Le gonflement procède à la fois du périoste, des tissus fibreux, du tissu conjonctif de l'anneau et du trajet de la paroi abdominale elle-même. Il se présente sous des aspects divers. Partant du pubis, du côté intéressé, il se propage à la paroi, en haut et aussi en dehors, du côté du ligament de Fallope. Il fait relief et soulève la peau, il descend parfois le long du cordon jusque dans le scrotum. La peau, à son niveau, conserve sa couleur, ou devient plus blanche, luisante, et parfois quelques veinosités s'y dessinent; elle est rare-

ment œdémateuse; elle présente souvent, surtout au bout de quelques jours, un état scléreux; elle semble être plus épaisse, elle glisse moins facilement sur les couches profondes.

Celles-ci sont, en général, confondues en une espèce de plaque ou de tuméfaction faisant corps avec le pubis. C'est ce que j'appelle le *sclérome proprement dit*. Durant le cours de la première semaine, le sclérome est constitué par un gonflement assez dense plus ou moins épais, froid et peu sensible au toucher. Il a parfois une consistance molle. Ses limites se perdent dans la paroi, et souvent un bord plus dur les fixe dans les muscles de l'abdomen. Parfois, il constitue une véritable tumeur allant dans la fosse iliaque.

La paroi abdominale est souvent contracturée, surtout au début de cette période et il me semble que cette contraction qui apparaît très vite, presque après les injections, joue un rôle utile en contribuant à empêcher les viscères de sortir de l'abdomen.

Il y a ou il n'y a pas d'œdème scrotal; quelquefois la verge des enfants devient aussi œdémateuse. Enfin, j'ai vu une ecchymose se produire dans le scrotum.

Sur ce gonflement, le cordon se retrouve, en général, tuméfié, plus dense et plus ou moins épaissi. On le suit aisément de bas en haut, où il se perd dans la tuméfaction et non plus dans un anneau ouvert. Le gonflement du cordon est surtout remarquable lorsqu'il y a en même temps une vaginalite interne avec production de liquide ou de masses indurées qui la remplissent : le cordon prend alors une forme cylindrique. Si la hernie était vaginale et entourait le testicule, celui-ci fait corps avec le gonflement; par un examen précis, on arrive, en général, à trouver le sillon de réparation entre les deux. Assez souvent le testicule est remonté par le crémaster; plus tard il reprend ordinairement sa place.

Les enfants, de même que les adultes, commencent à se lever vers la fin de la première semaine, quelquefois plus tôt, et plus tard si le sclérome inguino-pubien est considérable, sensible, s'il s'accompagne d'œdème scrotal : mais même alors rien ne les empêche de se lever avec un suspensoir.

Aucune des fonctions de l'organisme n'est troublée, ni celle de l'intestin, ni celle des reins : par conséquent, la gêne seule de la tuméfaction est l'obstacle à ce que les sujets se lèvent et marchent.

ÉVOLUTION LOCALE PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE

A. *Premier semestre.* — Durant le cours du premier trimestre, le gonflement évolue vers sa forme définitive. Il devient moins aigu, si on peut se servir de cette expression pour ces scléromes qui se font à froid; l'œdème, s'il y en a, disparaît, la partie reprend peu à peu sa forme. Pourtant, dans beaucoup de cas, on y reconnaît, trois mois après et même plus tard, la persistance de phénomènes intéressants que j'ai encore constatés ces jours derniers; les voici relevés dans la paroi de l'anneau inguinal, dans le pubis, dans le cordon et le testicule.

La paroi de l'abdomen conserve, chez beaucoup d'opérés, des traces notables d'épaississement, mais ce qui frappe le plus, quand on l'examine chez les sujets nus (1), placés

(1) Nos examens ont été faits en public, chez des sujets entièrement nus, étendus d'abord sur une table, puis debout; on les fait tousser énergiquement.

debout et qu'on fait tousser, c'est de voir la résistance qu'elle oppose à l'effort abdominal. Du côté non opéré, on constate souvent deux saillies, une médiane verticale et une inférieure ou oblique, parallèle au pli de l'aine : on y voit fréquemment aussi un soulèvement inguinal, sans qu'il y ait hernie, montrant l'effort des viscères en ce point. Du côté opéré, au contraire, la paroi est uniformément arrondie et résistante : tout soulèvement paraît faire défaut. La région inguinale est plus dense, moins dépressible ; le ligament de Fallope lui-même paraît plus épais, au moins dans sa partie interne. On sent

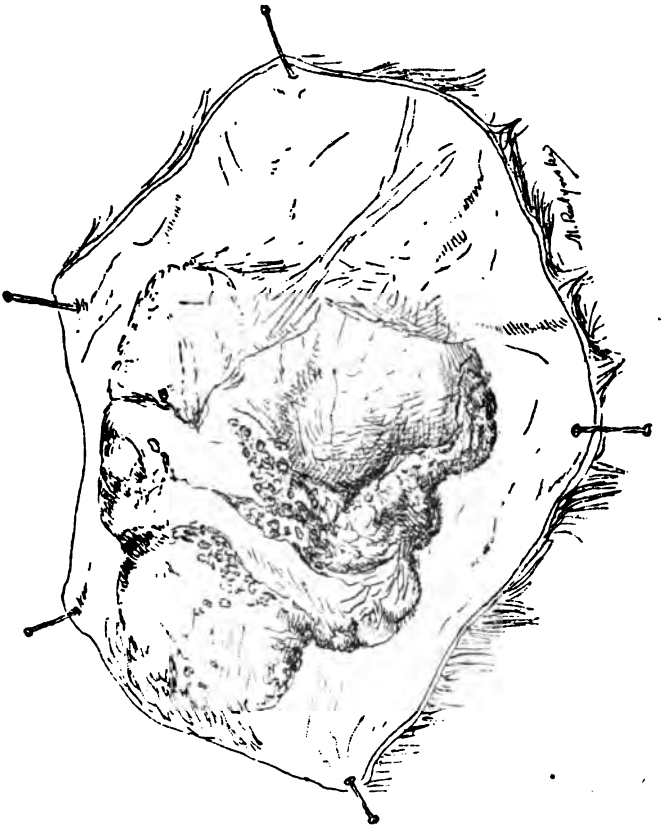


Fig. 8.

Fibro-lipome sous-cutané survenu dans la paroi abdominale d'un lapin après une injection de deux à trois gouttes de la solution de chlorure de zinc au 1/10.

très manifestement que l'épaississement de la paroi se prolonge quelquefois dans la fosse iliaque.

Les indurations présentent d'ailleurs plusieurs variétés qu'expliquent les différences de réactions et certaines particularités se rattachant à la diffusion du liquide dans certaines directions comme la ligne médiane, la fosse iliaque, la face postérieure des muscles droits ; j'ai constaté des plaques de sclérome dans ces régions.

La formation de ces scléroses se fait lentement ; elle se continue longtemps après les injections par un mécanisme que l'expérimentation met en lumière et qui est le suivant. En plus des effets immédiats que nous avons étudiés plus haut, le chlorure de zinc agit

sur les vaisseaux, sur les petites artérioles et veinules en particulier. Il détermine une inflammation de leurs parois.

L'endartérite et l'endophlébite peuvent aller jusqu'à une oblitération complète. Ces altérations vasculaires se produisent lentement, *elles s'étendent quelquefois très loin du foyer de l'injection*, elles se propagent même dans le tissu compact et le tissu médullaire des os et elles se font avec beaucoup de lenteur. On découvre des modifications de tissus se produisant plus d'un mois après avoir fait les piqûres et il est probable qu'il y a des modifications beaucoup plus tardives encore.

Nous avons signalé chez l'homme, autour de certaines jointures, à la place des fongosités, la formation de véritables tumeurs fibro-graisseuses, élastiques, qui nous ont beaucoup étonné les premiers temps. Elles ne sont devenues des productions spéciales que de nombreux mois après la guérison des fongosités.

Nous donnons la figure d'un fibro-lipome diffus, assez gros, puisqu'il atteint en surface les dimensions d'un écu de 5 francs, qui s'est produit dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale d'un lapin adulte dans le délai d'un mois environ. La tumeur se compose d'une multitude de noyaux lipomateux arrondis et accolés les uns aux autres; une trame assez dense les sépare : c'est une véritable tumeur. On avait injecté deux gouttes environ de la solution au 1/10 (voir *fig. 8*).

Ainsi le travail de sclérose se prolonge assez longtemps dans les tissus et il conduit à la formation de produits divers qui sont de l'os, du tissu fibreux et du tissu conjonctif seul ou associé à de la graisse, provenant sans nul doute de la prolifération des vésicules adipeuses normales (1).

Ce sont ces différents tissus qui remplissent les espaces vides provenant de la disparition de la hernie.

B. *De trois mois à plus d'un an.* — Les phénomènes qui persistent et qui frappent le plus l'attention chez les sujets opérés et que j'ai suivis jusqu'à un an passé après l'opération, sont les suivants. Le pubis, du côté injecté, m'a paru plusieurs fois plus développé chez les enfants; le bord supérieur semble plus épais et plus élevé; les parties molles de la région pubienne sont aussi un peu plus bombées; la peau est plus épaisse et moins mobile, et j'ai constaté deux fois une dépression cutanée en rapport avec une rétraction cicatricielle profonde; la peau, au niveau du point déprimé, est plus adhérente.

Les plans formés par les parties molles au-devant du pubis sont aussi plus épais et moins distincts les uns des autres. L'anneau inguinal pubien est bouché; les piliers qui en forment les contours ne sont plus ou pas autant reconnaissables.

Le cordon conserve aussi, en général, un plus gros volume; si on y cherche le sac herniaire, on arrive à le retrouver; ses parois m'ont paru plus épaisses; il forme un cordon dur quelquefois. J'ai trouvé chez deux sujets le sac rempli par une masse molle comparable à de l'épiploon.

Le testicule, qui était souvent remonté dans les premiers temps, reprend sa place d'habitude; s'il reste quelquefois un peu plus haut, il n'en possède pas moins la plus grande mobilité. Je n'ai pas remarqué de modification dans son volume ou sa consistance.

(1) Voir, pour plus de détails sur les effets de la méthode que j'ai appelée *sclérogène*, ma communication à l'Académie de médecine du 7 juillet 1891.

Enfin la paroi abdominale présente, au-dessus et en dehors du pubis, tantôt une consistance plus ferme, tantôt un bourrelet qui limite un épaississement; l'induration se prolonge parfois jusque dans la fosse iliaque en comprenant une partie de l'arcade fibreuse de Fallope.

Lorsqu'on met le doigt sur l'anneau pubien en faisant tousser les sujets placés debout, on ne sent plus d'impulsion. Enfin il n'y a aucune trace de cicatrice.

Tous les sujets ont mené leur vie ordinaire; ils se sont levés huit jours en moyenne après le traitement; ils n'ont jamais porté de bandage.

RÉSULTATS

Nombre des opérations, 51. Les premières ont été pratiquées les 3 et 17 juin 1896; les dernières sont récentes. L'âge des sujets varie entre 4 mois et 60 ans. Actuellement je crois qu'il vaut mieux attendre le sevrage en général; mais je ne vois pas d'inconvénients à opérer les sujets au delà de 60 ans, lorsque les hernies se présentent dans des conditions ordinaires.

Pour apprécier comme il convient les résultats obtenus, je crois devoir diviser les faits en deux catégories d'après l'âge des sujets : 1° de 0 à 20 ans; 2° après 20 ans (1).

A. *De 0 à 20 ans.* — Nombre des opérations, 44. Nombre des malades, 43.

Un enfant de 10 ans était atteint de hernie double. J'ai opéré les deux hernies en une seule séance.

Il y a 39 garçons et 5 filles.

Le nombre de 44 opérations peut être décomposé ainsi, d'après l'âge :

1re année.....	1 cas,	garçon de 4 mois.	
De 1 à 5 ans.....	17 —	16 garçons,	1 fille.
De 5 à 10 ans.....	10 —	9 —	1 —
De 10 à 15 ans.....	13 —	11 —	2 —
De 15 à 20 ans.....	3 —	2 —	1 —

Les faits peuvent être groupés ainsi, d'après leur ancienneté :

1° Résultats, plus d'un an révolu après l'opération.
2° Résultats, entre six mois et un an.
3° Résultats, entre deux et six mois.
4° Résultats, dans les deux premiers mois.

Tous les cas, sans exception, sont passées en revue.

1° *Résultats de l'opération au delà d'un an.*

Nombre de cas : 4 garçons, 1 fille.

Les 4 garçons ont tous été revus, le résultat est excellent; aucune trace de récidive. La fille est ma première opérée. Il ne fut injecté que quelques gouttes de solution; il y

(1) Je rappelle que nos opérés ont tous été examinés en public.

eut une récidive, réopérée le 12 septembre 1897. Elle a été revue seulement le 4 novembre; il n'y avait pas de récidive. Elle est en ce moment en province.

2° *Résultats entre six mois et un an.*

Nombre des opérés : 4, 3 garçons, 1 fille. Les 3 garçons et la fillette de 7 ans sont bien guéris; aucune trace de récidive.

3° *Résultats entre deux et six mois.*

Nombre des opérés : 5, tous du sexe masculin. Chez un seul d'entre eux l'opération n'a pas réussi. L'enfant, âgé de 12 ans, portait une double hernie; il a été opéré du côté gauche seulement. L'examen actuel de cet enfant, dont j'ai soumis le cas à plusieurs de mes confrères, MM. Broca, Dujardin-Beaumetz, Dieu, Bonnafy, etc., nous a beaucoup embarrassé.

Il porte encore une double hernie, mais ni l'une ni l'autre ne sortent par l'anneau inguinal pubien; elles ne suivent pas non plus le trajet inguinal; leur développement paraît être sous la peau ou tout au plus sous l'aponévrose d'enveloppe; mais en avant du muscle grand oblique, il est parallèle à l'arcade de Fallope et très bas. L'orifice supérieur de hernie ne paraît être ni l'anneau crural, ni l'anneau inguinal péritonéal. Il paraît être au-dessous de ce dernier. Il nous a semblé à tous que nous étions en présence d'une variété insolite de hernie de la région inguinale. Quoi qu'il en soit, on ne saurait la traiter comme les autres, puisqu'elle n'est pas en rapport avec l'anneau inguinal pubien. Ce fait est donc exceptionnel; je le compte comme un insuccès, bien qu'il me semble que la technique que j'emploie ne lui soit pas applicable.

4° *Résultats dans les deux premiers mois qui suivent l'opération.*

Le nombre des opérés est de 30, 27 garçons et 3 filles, dont l'une de 19 ans.

L'examen que j'ai fait des malades, à divers intervalles, depuis les huit premiers jours, jusqu'à deux mois, ne m'a montré aucune complication. Il n'y a eu qu'un exemple d'insuccès de la méthode chez un enfant de 10 ans, porteur d'une grosse hernie scrotale, presque imbécile, qui s'est levé le lendemain de l'opération et les jours suivants. Il est vrai que les résultats sont encore beaucoup trop récents pour qu'ils aient une signification précise. Cependant, l'emploi que je fais du médicament à des doses plus fortes qu'au début, et d'autre part, l'examen des malades où l'on trouve des scléroses plus considérables, me portent à penser qu'il y en aura peu. Autant qu'il dépendra de moi, ces malades seront suivis à des époques plus éloignées, et aussi longtemps que possible, de même que les précédents.

En somme, l'application de la méthode dans 44 cas chez de jeunes sujets, jusqu'à l'âge de 20 ans, n'a donné aucune complication locale, et elle a amené la guérison persistante, depuis que l'opération a eu lieu, dans tous les cas, sauf chez trois sujets.

L'un, le premier de tous, insuffisamment injecté, a été réopéré depuis avec succès.

Le second cas est un fait anormal, chez lequel l'échec s'explique, et je ne le crois pas passible du procédé que j'ai exposé.

En terminant, je dois dire qu'il n'a été fait aucun choix des sujets et que j'ai indistinctement traité tous ceux qui se sont présentés à l'hôpital, comprenant des cas de grosses, moyennes et petites hernies.

L'état des testicules m'a paru normal chez ces malades : le volume ne semble pas dif-

férent du côté opéré. Les testicules sont mobiles chez tous les sujets ; dans un certain nombre de cas, ils sont un peu remontés.

B. *Adultes.* — 5 adultes seulement ont subi le traitement. 4 hommes et 1 femme de 33 ans et demi. L'âge des 4 hommes était 36, 49, 56, 60 ans.

Un homme, celui de 49 ans, et la femme, ont été opérés le même jour, le samedi 19 juin, chacun d'une hernie d'un volume moyen, celui d'un gros marron pour l'homme ; celle de la femme était plus volumineuse. Les résultats jusqu'ici sont excellents, et les scléromes qu'on constate chez les deux sujets me portent à penser que la guérison se maintiendra.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Deny, j'ai pu opérer le 26 mai, dans son service de Bicêtre, 3 malades atteints de volumineuses hernies.

Le premier individu, âgé de 60 ans, portait depuis l'enfance deux hernies scrotales avec deux larges anneaux. J'ai opéré les deux hernies le même jour ; le résultat a été la guérison d'un côté, la persistance de la hernie de l'autre côté.

Le second aliéné, âgé de 56 ans, porte une grosse hernie funiculaire avec très large anneau, il avait une pointe de l'autre côté. Il y a eu récidive du côté de la grosse hernie.

Enfin, le troisième sujet, âgé de 36 ans, portait une double hernie : funiculaire congénitale et volumineuse à gauche : inguino-pubienne et moins volumineuse à droite. Les deux hernies ont été opérées le même jour : récidive d'un côté, guérison de l'autre.

Les testicules, chez tous les sujets, m'ont paru normaux :

Je ne cherche plus aujourd'hui la guérison des hernies doubles en une seule séance ; j'ai cru constater que l'appel d'éléments anatomiques en vue de la phagocytose n'était pas aussi prononcé que lorsqu'on se borne à une intervention unique. D'autre part, le très gros volume des hernies et les grosses dimensions de l'anneau m'ont fait employer des doses considérables de la solution, puisque j'ai injecté 160 gouttes environ pour les deux hernies de chacun des deux aliénés. Malgré les conditions défavorables des sujets pour l'emploi de la méthode, les résultats obtenus chez eux, tout incomplets qu'ils sont, doivent être pris en sérieuse considération (1).

(1) Les clichés joints à ce travail nous ont été aimablement confiés par notre excellent confrère *le Bulletin médical.*

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale.

Dr BENOIT
Ancien interne des hôpitaux.

Nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales dérivé du procédé de Bassini, par M. Jonnesco (de Bucarest). (*Presa medicala romana*, n° 11, 1897.) — On sait que la persistance d'un trajet inguinal est le principal obstacle à la suppression des hernies. Les procédés modernes ont considérablement diminué toute chance de récidive, en réduisant ce trajet aux dimensions juste nécessaires pour le passage du cordon spermatique. M. Jonnesco propose une nouvelle modification du procédé de Bassini qui aurait l'avantage, en supprimant le trajet inguinal, d'empêcher totalement la récidive. Bassini a coutume de fortifier la paroi postérieure du canal (petit oblique et transverse, ou tendon conjoint) en la suturant solidement à l'arcade crurale, en arrière du cordon, qu'il remet en situation normale. M. Jonnesco place le cordon dans le tissu sous-péritonéal, et suture cette même paroi *en avant de lui;* le reste de la suture par étage est fait comme dans l'opération de Bassini. Le cordon sort donc directement de l'abdomen par un petit orifice situé en regard de l'orifice externe du canal, or, cet orifice n'a que peu de tendance à se dilater sous les efforts. Il s'agit, on le voit, d'un déplacement du cordon, avec suture complète du trajet inguinal. Pour l'obtenir, l'auteur de ce procédé traverse tous les étages avec l'aiguille courbe d'Emmett, y compris la peau et le sac, par des fils provisoires, qu'il noue à la peau sur des tampons antiseptiques, au lieu des fils permanents qu'il employait autrefois. Au bout de quatorze jours, il enlève les fils et les tampons et obtient une cicatrice dure qui prévient la récidive.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical de l'angiocholite. (*Société de chirurgie*, 31 mars 1897.) — M. Quénu a communiqué le cas d'un homme de 43 ans qui avait été atteint de *coliques hépatiques* à plusieurs reprises. Lors d'une crise plus forte il fit la laparotomie et, trouvant une grande quantité de bile sans calcul dans la vésicule, et un canal cholédoque normal, se contenta de créer une fistule biliaire. Par cet orifice, le malade rendit une grande quantité de bile contenant le bacterium coli; le soulagement fut considérable et la guérison fut obtenue. On peut donc conclure que la création d'une fistule biliaire est un traitement susceptible de donner de bons résultats dans certains cas graves d'angiocholite non calculeuse.

Aug. Benoit.

Remarques sur l'anastomose intestinale, obtenue au moyen d'un anneau d'os décalcifié. (*British med. Journal*, 24 avril 1897.) — Le Dr Ball (de Dublin) rappelle les conditions permettant d'espérer un bon accollement de deux bouts d'intestin : il faut une surface d'accollement suffisamment étendue, une pression pas trop énergique sur les surfaces placées bout à bout pour éviter de compromettre la vitalité des tissus; la méthode choisie doit être rapide, et on doit éviter tout rétrécissement consécutif. La suture de Lembert paraît à l'auteur d'application trop minutieuse; il est en outre presque impossible d'obtenir avec elle une suture absolument étanche : toutes les méthodes de sutures sont, du reste, passibles des mêmes reproches. Le bouton de Murphy constitue un grand progrès, mais il offre encore quelques inconvénients, car il n'est souvent pas expulsé; dans d'autres cas, une fois le bouton expulsé, un épanchement intra-péritonéal peut se produire. L'auteur a, en conséquence, adopté un modèle de bouton en os décalcifié qui diffère notablement de ceux employés jusqu'à ce jour : ce modèle a la forme d'un bouton, avec une rainure extérieure large et profonde au milieu, destinée à recevoir les extrémités sectionnées de la muqueuse intestinale, qui se recoquevillent.

Le point important dans l'application du bouton consiste dans le fait qu'il faut faire passer un fil continu de suture sur le pourtour des surfaces sectionnées en présence, sans serrer.

avant de placer le bouton. Le fil passe alternativement d'une surface sectionnée à l'autre; il est facile de faire passer le bouton entre les fils avant que l'on ne tire sur eux pour obtenir l'accollement. Une seconde suture intéressant le péritoine seul fixera le tout.

E. Vogt.

Un cas de gastro-jéjunostomie. (*Société de médecine de Bâle*, mai 1897.) — Le Pr Socin a présenté à la Société une malade âgée de 46 ans, à laquelle il réséqua, il y a quatorze mois, une grande partie de l'estomac, atteinte de carcinome. Le pylore, envahi par le néoplasme, était fortement rétréci, ainsi qu'une partie du duodénum : l'opérateur fut forcé de pratiquer une gastro-jéjunostomie. La malade est aujourd'hui entièrement guérie : son aspect cachectique a disparu, elle a repris son activité et elle ne présente aucun trouble chimique ou moteur de l'estomac, ou du moins de la faible portion d'estomac conservée. Un examen minutieux ne permet pas de découvrir trace de récidive.

E. Vogt.

Traitement de l'ankylose de la hanche, par Lorenz. — M. Lorenz s'est efforcé d'obtenir la pseudarthrose de la hanche, après ankylose, par une opération de peu de gravité qu'il a présentée à la *Société império-royale des médecins de Vienne* sous le nom d'*ostéotomie pelvitrochantérienne*. Elle consiste à faire l'ostéotomie sous-cutanée pour séparer le bassin de la tête du fémur, luxée dans la plupart des cas. Puis, il soumet l'articulation à une gymnastique méthodique qui constitue le point essentiel de la méthode et dont il ne faut attendre de résultats qu'au bout de quelques mois. On arrive à obtenir ainsi des mouvements de 30° à 40° d'amplitude dans le sens antéro-postérieur et quelques mouvements d'adduction suffisants. Il cite à l'appui 10 succès sur 11 cas ainsi traités.

Aug. Benoit.

Traitement de l'anthrax. (*Tribune médicale*, 3 mars 1897.) — M. Tillaux déconseille l'incision cruciale classique. A la première période, il faut simplement calmer la douleur, au moyen de pulvérisations phéniquées ou de cataplasmes aseptiques. Quand il se manifeste un point de ramollissement, la douleur et la fièvre diminuant, faire de chaque côté de l'anthrax une section aux ciseaux : le pus s'écoule. On continue les lavages et les pulvérisations.

Morel-Lavallée.

Iodoforme et calomel comme topiques réunis pour les plaies. — Les journaux ont, ces derniers temps, préconisé, comme pansement, un mélange de poudres d'iodoforme et de calomel. Nous croyons cette pratique extrêmement dangereuse. Il est impossible qu'au contact de la plaie il ne se produise pas du biiodure de mercure naissant, lequel est caustique et dangereux au plus haut point. Cette réaction (du biiodure naissant) est tellement facile à se manifester que nous avons vu des plaies terribles survenir chez des malades qui s'étaient successivement pansés avec la teinture d'iode, puis deux jours plus tard, avec l'onguent napolitain ou la liqueur Van Swieten étendue. Or, l'iodoforme ou l'iode, ici, c'est la même chose.

Morel-Lavallée.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la dilatation de l'estomac. (*Société de médecine de Bâle*, mai 1897.) — Reinhardt distingue l'*insuffisance motrice*, dans laquelle on retrouve dans l'estomac, le lendemain matin, des restes d'aliments provenant du repas de la veille, de l'*atonie*, qui peut atteindre un degré considérable, mais dans laquelle l'estomac parvient toutefois à se vider pendant la nuit. Ces deux états doivent à leur tour être distingués de la *dilatation stomacale vraie*, dans laquelle des quantités notables d'aliments sont retrouvées le matin : il y a alors décomposition de ces résidus et vomissements abondants. La résorption se faisant mal, l'individu maigrit et souffre, surtout dans la dilatation vraie, d'une soif continue, provoquée par l'insuffisance des liquides apportés au sang et aux tissus. Les lavages de l'estomac n'agiront pas seulement sur la muqueuse stomacale, ils permettront à l'organisme d'absorber la quantité de liquide dont il a besoin : avec un régime approprié, ils suffiront souvent pour lutter contre l'insuffisance motrice. La dilatation vraie est justiciable du seul traitement opératoire : la résection dans les cas de tumeur maligne, la pyloroplastie dans les cas de rétrécissement pylorique de nature bénigne. La divulsion digitale du pylore (Loreta), malgré sa simplicité technique apparente, est infidèle et dangereuse.

Dans ces derniers temps, le traitement de l'atonie a fait un grand pas, grâce à la méthode du *plissement*, due à Bircher (d'Aaran), destinée à relever la grande courbure et à permettre aux contractions de celle-ci de chasser directement à travers le pylore les ingesta. Cette opération est décrite dans le fascicule 23 du *Corresp.*

Blatt f. Schweizer Aerzte, 1891. Reinhardt présente à la Société deux malades opérés par cette méthode et entièrement guéris.

E. Vogt.

Fixation du foie et des deux reins dans un cas de maladie de Glénard. (*The British med. Journal*, 8 mai 1897.) — F. Winson-Ramsey ayant pratiqué la néphropexie à gauche, pour rein mobile, chez une femme de 39 ans, obtint un succès complet (2 juillet 1895). Le 20 février 1896, la malade rentre à l'hôpital, se plaignant des mêmes malaises, cette fois du côté droit. Encouragé par son premier résultat, le chirurgien procéda à la néphropexie à droite. Les accidents (nausées, vomissements, etc.) n'ayant pas disparu, bien que le rein droit fût absolument maintenu et la plaie guérie par première intention, on fit un nouvel examen qui démontra que le foie, extrêmement mobile, pivotait sur son axe, le lobe droit venant se placer à gauche lorsque la malade se tenait debout, et provoquant des nausées à ce moment.

Le 24 avril 1896, Ramsey pratiqua chez cette malade l'hépatopexie : guérison complète le 6 juillet. La malade a été revue depuis; sa santé est restée excellente et elle a repris toutes ses occupations.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON
Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

De l'efficacité des lavements de créosote dans le traitement de la broncho-pneumonie, par Schoull. (*Journal des Praticiens*, p. 373, 12 juin 1897.) — Le Dr Schoull a employé les lavements de créosote dans le traitement de la broncho-pneumonie. Le moyen le plus simple et le plus pratique est le mélange de la créosote avec le lait. La dose varie de deux à cinq gouttes matin et soir pour un enfant au-dessous d'un an, jusqu'à trente, quarante et même cinquante gouttes par lavement pour un adulte; la quantité de véhicule pour être facilement gardée, ne doit pas dépasser un verre ordinaire. Le lavement, administré matin et soir, doit être donné étendu, et devra être gardé. Si le lavement était rendu aussitôt ou peu de temps après, il serait nécessaire d'en donner un second. S'il ne s'était pas produit de garde-robe depuis un jour, il faudrait, au préalable, vider l'intestin par un lavement évacuateur (eau tiède glycérinée).

La médication créosotée est tolérée facilement à tout âge; elle a été employée chez des enfants de deux mois sans inconvénients et chez des vieillards âgés de plus de 80 ans.

L'effet du traitement est, en général, rapide; le plus souvent au bout de trois à quatre jours, parfois plus promptement même, les phénomènes stéthoscopiques se modifient: les râles fins sont remplacés par des râles à bulles plus grosses, qui se transforment bientôt en simples rhonchus sibilants; l'expectoration visqueuse, mucopurulente, parfois sanguinolente, perd ces caractères pour devenir muqueuse aérée. La respiration devient plus libre, le pouls reprend son allure normale; la température baisse rapidement. Dans la pneumonie franche, les lavements créosotés paraissent agir également d'une façon très efficace.

130 broncho-pneumonies traitées par les lavements créosotés ont donné 125 guérisons et 5 décès; 4 traitées sans lavements, 3 décès.

10 pneumonies ont été traitées par les lavements: 9 guérisons et 1 décès (pneumonie double).

G. Lyon.

De l'action de l'hydrastis canadensis dans le catarrhe bronchique. (*Centralbl. f. inn. Medicin*, 1er mai 1897.) — Saenger (de Magdebourg) ayant prescrit à un tuberculeux, pour combattre une hémoptisie légère, un peu d'hydrastis, fut surpris d'apprendre que non seulement les crachements de sang avaient disparu, mais encore que la toux opiniâtre dont se plaignait son malade avait diminué dans de fortes proportions, que l'expectoration était beaucoup plus facile et que les crachats étaient modifiés.

A partir de ce jour, l'auteur essaya, chez d'autres phtisiques sans hémoptisies, l'hydrastis avec un plein succès. L'expérience fut continuée sur des malades atteints de bronchites simples, non tuberculeuses, et donna les résultats suivants : au début de l'affection, aucun effet curatif n'est observé; plus tard, le médicament rend de grands services, surtout si les crachats ont pris un caractère purulent.

Il est certain que l'action de l'opium, par exemple, est plus prompte; mais elle est beaucoup moins durable que celle de l'hydrastis.

Les recherches ont été continuées par l'auteur pendant une période de six années : elles lui ont permis d'abandonner pour ainsi dire entièrement l'opium et ses dérivés dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

Saenger s'est servi d'extrait fluide, de 20 à 30 gouttes, quatre fois par jour, dans un peu d'eau sucrée. La composition de cet extrait variant beaucoup, il faut tâtonner au début dans chaque cas particulier.

L'auteur n'a jamais constaté d'accidents, à condition d'observer une certaine prudence en cas de complications cardiaques.

L'hydrastinine a paru beaucoup moins efficace que l'extrait fluide.

E. Vogt.

Le drainage en masse des extrémités. (*Soc. méd. de Berlin*, séance de 26 mai 1897.) — Ewald a employé avec grand succès, dit-il, le drainage en masse, c'est-à-dire l'application de trocarts dans les deux jambes à la fois, quand il s'est trouvé en présence d'affections donnant naissance à un œdème inquiétant.

Un blennorrhagique âgé de 33 ans avait fait d'avril à juin une cure d'injections. Au mois d'août, il eut de l'œdème, de l'aphonie, avec inflammation des reins. Il fut reçu à l'hôpital où l'on constata que l'urine contenait 2 0/0 d'albumine, des globules rouges et blancs, mais pas de pus. Les symptômes urémiques devenant de plus en plus menaçants, l'auteur procéda à la ponction de l'ascite et appliqua des trocarts aux deux jambes. Il a extrait des jambes 2 kilogr. 500 grammes d'un liquide séreux. On a ponctionné cinq fois la plèvre et on en a extrait 1 kilogr. 200 grammes de liquide. Le corps a été ponctionné quarante-cinq fois et a rendu 1 kilogr. 500 grammes de liquide. Toutes les fois que le corps gonflait on procédait à la ponction ; c'était le malade lui-même qui le désirait, disant qu'il se sentait soulagé après. La quantité d'albumine extraite représente l'équivalent de 3 kilogrammes et demi de chair. Le résultat fut très favorable. Le malade a été renvoyé presque guéri ; cependant on lui avait donné en même temps des diurétiques. Le cas est intéressant par le fait que le liquide ascitique fut une fois chyleux.

R. Blondel.

De la méthode de Levachef. (*Medic. Obosr.*, n° 6, 1897.) — Nous avons eu l'occasion d'analyser maintes fois des travaux portant sur l'action du lavage de la plèvre dans la pleurésie purulente, procédé préconisé par le Pr Levachef.

Dans le nouveau cas rapporté par Kyssèle il s'agit d'un enfant de 7 ans atteint de pleurésie purulente peu grave et sans complications. La méthode de Levachef, employée presque dès le début, donna de très bons résultats : l'enfant a parfaitement guéri et depuis cette époque — il y a un an environ — elle se porte bien et a augmenté de poids et de taille.

B. Taft.

Maladies du système nerveux.

Dr R. Sémelaigne
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des névroses par le phosphore. (*Société médicale de Bâle*, 4 mai 1897.) — Le Pr Massini constate que l'ingestion des phosphates favorise l'excrétion des acides et tend, par conséquent, à conserver au sang son alcalinité. La médication phosphorée a donné à l'orateur les résultats suivants : dans six cas de goitre exophtalmique, cinq améliorations de l'état subjectif; les phénomènes objectifs eux-mêmes furent modifiés, mais l'action thérapeutique cessa aussitôt que la médication fut supprimée. Dans un cas compliqué de diarrhée, les phosphates ne purent être supportés, car la diarrhée augmenta. Sur huit cas de neurasthénie sans troubles cardiaques marqués, les symptômes subjectifs s'amendèrent notablement dans six cas.

Sur six cas de névrose cardiaque, amélioration marquée dans quatre cas, résultat nul dans deux.

La préparation utilisée fut le phosphate de soude, qu'on administrait aux doses de 3 à 5 grammes par jour, en solution aqueuse, après les trois principaux repas.

Massini n'exclut pas l'action suggestive dans les résultats obtenus, mais il pense cependant qu'une action tonique sur le système nerveux est indéniable sous l'influence de cette médication.

E. Vogt.

Rapport sur le traitement électrique de l'hémiplégie cérébrale. (*Société française d'électrothérapie*, séance du mois de mai 1897.) — Les conclusions plutôt pessimistes du Dr Dignat, qui s'appuie, pour les formuler, sur de nombreuses observations personnelles, sont les suivantes :

1° Dans toute hémiplégie d'origine cérébrale, on ne devra instituer aucun traitement électrique quel qu'il soit, dans les premiers jours qui suivront l'attaque;

2° La première intervention de ce genre ne sera tentée que vers la fin de la troisième semaine et on se bornera à faradiser les muscles paralysés pendant une période de quinze à vingt jours;

3° A ce moment, on remplacera les courants faradiques par les courants continus appliqués sur la région vertébrale. Ces courants seront d'une intensité variant de 4 à 5 mA. au début, mais ils ne dépasseront en aucun cas 15 mA.

La durée d'application sera d'environ dix à quinze minutes: on aura soin de changer la direction du courant une ou deux fois dans la même séance;

4° Si, au bout de quelques jours, le malade présente une amélioration notable et si rien ne paraît faire craindre la possibilité d'une dégénérescence secondaire, on pourra cesser tout traitement; il sera bon cependant de soumettre le malade, de temps en temps, à l'action des bains statiques, afin de relever l'état de la nutrition générale et surtout de lutter contre toute impotence élective fonctionnelle quand il y en a;

5° Si le malade présente la contracture secondaire permanente, on continuera pendant longtemps l'usage des courants continus;

6° On suspendra donc toute intervention électrique lorsque le malade présentera des signes pouvant faire redouter l'apparition de l'épilepsie partielle.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce rapport, M. Doumer (de Lille) a déclaré que l'électrisation galvanique intra-cérébrale (électrodes sur les parois opposées du crâne, courants de très faible intensité) lui avait rendu des services marqués, *même immédiatement après l'attaque*, en régularisant la circulation cérébrale et en décongestionnant les centres. D'autres orateurs se sont montrés partisans de l'abstention; M. Apostoli, en revanche, a cité des observations personnelles à l'appui de la méthode recommandée par M. Doumer.

E. Vogt.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF
Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Nouveau procédé opératoire du ptosis. (*Soc. d'ophtalmologie*, 6 juillet 1897.) — M. Parinaud. — L'opération consiste à passer l'anse d'un fil un peu fort sous le muscle droit supérieur mis à nu et à faire sortir les deux extrémités du fil, au niveau des cils, une aiguille demi-courte glissant entre la peau et le cartilage.

On procède de la manière suivante : Avec une pince à fixation, on saisit la conjonctive près du bord supérieur de la cornée et l'on abaisse fortement le globe oculaire. On retourne la paupière supérieure, et avec la seconde pince à fixation, on saisit par le milieu le bord supérieur du cartilage. Le champ opératoire est ainsi largement découvert. Avec une pince sans verrou, on saisit un pli de la conjonctive, près du cartilage, on l'incise avec les ciseaux, on agrandit l'ouverture dans l'étendue de 12 et 13 millimètres et on libère la conjonctive de ses adhérences, de manière à découvrir le globe oculaire et le muscle droit supérieur. On saisit celui-ci avec la pince, au-dessus et assez loin de son insertion, et l'on introduit l'une des aiguilles sous le muscle en comprenant dans l'anse du fil la capsule avoisinante. Puis, chaque aiguille dont est muni ce fil est passée dans la conjonctive près du bord de la plaie, traverse le tendon du releveur de la paupière, glisse entre la peau et le cartilage, pour venir sortir au bord libre de la paupière entre les cils. Les deux aiguilles doivent sortir sur ce bord à 7 ou 8 millimètres l'une de l'autre. Cela fait, on noue les deux extrémités du fil sur un petit tampon de coton hydrophile, et l'on serre fortement, de manière à découvrir le bord supérieur de la cornée.

Le fil est laissé de quatre à six jours suivant l'effet à obtenir. Dans le ptosis paralytique, avant d'enlever la pince qui fixe le cartilage, on peut exciser un morceau de ce cartilage d'un coup de ciseaux courbes. Cette excision augmente l'effet de l'opération, et facilite l'introduction des aiguilles.

L'opération est d'une exécution facile, même sans chloroforme. Elle a le double avantage d'éviter les déformations cicatricielles de la peau, et d'utiliser efficacement le muscle releveur du globe pour les mouvements de la paupière.

R. Blondel.

L'introduction des mydriatiques et des myotiques dans l'œil par l'électricité. (*Archives d'électricité médicale*, 15 juin 1897.) — Pansier rappelle que, dans certains cas pathologiques et dans certaines formes d'iritis, l'iris devient rebelle à l'action des médicaments destinés à dilater ou à resserrer la pupille. Dans les cas de ce genre, on peut se rendre compte de la capacité d'absorption de l'œil sous l'influence du courant galvanique. Un malade, par exemple, atteint de mydriase absolument rebelle à l'action des instillations d'ésérine, fut soumis à une nouvelle instillation, pendant que l'auteur faisait passer un courant de 2 milliampères pendant 40 minutes (électrode sur la paupière). La pupille se contracta (de 7 à 2 millimètres). Une série d'expériences contradictoires a démontré que l'action observée est bien due à l'absorption médicamenteuse cataphorétique ou électrolytique.

Les mêmes résultats s'obtiennent, en sens inverse, avec l'atropine, dans les cas où l'alcaloïde ne réussit pas, à lui seul, à provoquer la mydriase.

Ces actions sont de courte durée, mais cela tient surtout aux affections elles-mêmes que

l'on soumet à l'expérimentation : elles exigent l'emploi de grandes quantités de substance active et l'absorption se fait très difficilement.

Il serait imprudent de faire passer le courant à travers une œillère pleine de médicament, car on provoquerait, dans la plupart des cas, des phénomènes d'intoxication très nets.

En résumé, la méthode constitue une ingénieuse démonstration des phénomènes de cataphorèse, et peut en même temps rendre des services dans certaines formes d'iritis rebelles aux procédés usuels. E. Vogt.

L'extrait surrénal en ophtalmologie. (*Club médical de Vienne*, séance du 16 juin 1897.) — M. Kœnigstein a communiqué les résultats de ses expériences qui lui ont montré que l'extrait de capsules surrénales produit, même lorsque la moelle est détruite, une élévation de la pression sanguine. D'autre part, lorsqu'on instille cet extrait sur la conjonctive, on voit bientôt apparaître une anémie très prononcée de cette muqueuse. Vingt à trente secondes après l'instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'une solution d'extrait surrénal à 10 0/0, M. Kœnigstein a observé une diminution d'ouverture de la fente palpébrale et une pâleur de la conjonctive; la sensibilité de cette membrane ainsi que de la cornée reste intacte. A la suite d'instillations répétées, la pupille se dilate sans que son excitabilité réflexe soit modifiée.

Des expériences sur des yeux malades ont prouvé que dans toutes les affections inflammatoires de l'œil, l'instillation d'extrait surrénal produit une anémie considérable. L'action de cet extrait est superficielle et se limite aux vaisseaux conjonctivaux. La rétine reste indemne, même lorsqu'on emploie de hautes doses du produit; il semble du reste que l'extrait surrénal ne puisse diffuser dans la chambre antérieure.

L'action anémiante de cette substance se manifeste également sur la muqueuse nasale. Cette action paraît due à une contraction des petits vaisseaux. R. Blondel.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Sur quelques médicaments nouveaux employés le plus fréquemment à New-York contre les affections cutanées. — Duncan Bulkley vient de publier un intéressant petit Mémoire, dont nous donnons ici quelques extraits.

L'auteur parle d'abord des préparations hydrargyriques injectables sous la peau et, à notre étonnement, déclare qu'il n'a jamais trouvé nécessaire ni désirable d'user longuement de cette méthode, se demandant si beaucoup de syphiligraphes l'emploient à présent plus souvent que Bulkley lui-même.

Puis il passe en revue un certain nombre de substances.

En première ligne, dit-il, vient la résorcine dont on doit l'usage à Unna. C'est surtout d'ailleurs dans l'eczéma séborrhéique, qui en réalité n'est pas de l'eczéma, mais une maladie parasitaire d'origine microbienne, que la résorcine est indubitablement un remède souverain. A la dose de 4 à 6 0/0, dans une pommade à base de zinc, ou dans une solution à base d'alcool ou de glycérine, la résorcine en quelques jours fera disparaître une éruption bien définie. La solution est particulièrement applicable sur le cuir chevelu dont on humectera la surface matin et soir; on arrêtera aussi d'abord les démangeaisons superficielles qui sont souvent les premiers signes précurseurs de l'acné séborrhée, et qui aboutissent souvent à la perte des cheveux.

La résorcine employée plus fortement, à plus de 25 0/0 dans une pommade de zinc, donnera quelquefois de brillants résultats localement et dans le traitement de l'acné rosacée. L'application en est faite pour plusieurs jours et occasionne une petite inflammation après laquelle la rougeur primitive et la tendance aux pustules se trouveront avoir fortement disparu. Une seconde et une troisième application peut être nécessaire, et si la cause de la congestion réflexe a été supprimée par un traitement et un régime approprié, la guérison pourra être durable. La résorcine, enfin, rendra de grands services dans certains cas d'ulcères, spécialement dans les types tuberculeux, mais seulement en pommades n'excédant pas 10 0/0.

L'ichtyol vient certainement le second en importance parmi les nouveaux agents thérapeutiques en dermatologie, de même qu'il est aussi d'une grande valeur dans les autres branches de la médecine. Comme antiprurigineux il rend souvent de grands services. Ajouté aux pommades à la dose de 6 à 10 0/0, il est très utile pour combattre l'eczéma, et il peut être employé même dans les cas aigus. Dans les dermatides herpétiformes, une solution aqueuse de 5, 10 et même 20 0/0 donnera souvent plus d'amélioration que tout autre remède local. Lorsque la peau est très sèche on a grand avantage à l'employer dans de l'huile et tout à fait aux mêmes doses, qui réussissent bien aussi dans le prurit anal.

Dans les brûlures, un liniment d'ichtyol à 6 0/0 procurera souvent une heureuse amélioration et à une dose plus forte il sera d'un grand secours pour les vieux ulcères de jambe.

L'ichtyol a le pouvoir de réduire les infiltrations et dans les cas chroniques il y a avantage à l'étendre pur sur les surfaces malades. On obtient une guérison rapide en peignant d'une couche d'ichtyol les gonflements articulaires rhumatismaux ou goutteux et en les enveloppant alors d'une ou deux bandes de flanelle qui font corps avec l'ichtyol. Ce traitement peut être renouvelé par une application fraîche d'ichtyol chaque jour en se servant des mêmes bandes de flanelle, et les malades qui ont souffert depuis longtemps en éprouvent le plus grand bien-être.

Incidemment et en dehors de la dermatologie, il faut mentionner un autre emploi de l'ichtyol dans les irritations de la muqueuse anale; l'usage interne de l'ichtyol dans les hémorroïdes est encore peu connu. Pris à la dose de cinq à quinze gouttes dans de l'eau ou des capsules, après chaque repas, il dégorge souvent les capillaires congestionnés du bas du rectum et de l'anus, si les conditions ne sont pas trop mauvaises. Mais si par l'ancienneté du mal les vaisseaux sanguins ont été trop longtemps dilatés, le remède agit peu. Cependant, dans les cas ordinaires, l'ichtyol, pris à l'intérieur et aussi appliqué extérieurement, donnera une amélioration très appréciable, et beaucoup de malades recourent à ce remède à chaque retour de leurs malaises.

Le *dermatol*, à base de bismuth, poudre jaune, insoluble, est aussi un bon astringent, employé en pommade de 5 à 10 0/0 et qui a des propriétés siccatives.

Le *gallanol*, qui agit de la même manière est recommandé surtout pour l'eczéma et le psoriasis chronique. Comme il est blanc et qu'il ne tache pas la peau et ne l'irrite pas, il offre un grand avantage sur les acides chrysophanique et pyrogallique.

Le *gallaceto-phénone*, un dérivé de l'acide pyrogallique, agit comme ce médicament et a certainement une grande valeur pour combattre le psoriasis; on l'emploie dans des pommades à 10 0/0.

Le *béta-naphtol* est un vieux remède, mais c'est encore un des plus puissants en dermatologie; il agit puissamment sur le psoriasis à la dose de 6 à 10 0/0, et il est utile aussi contre la gale; il a une valeur modérée dans les éruptions parasitaires dites végétales.

Parmi toutes les nouvelles préparations iodurées, l'*europhène* prend une place prépondérante. Il n'est pas toxique, mais très odorant, et pour beaucoup de médecins il a supplanté l'iodoforme dans le traitement des ulcérations vénériennes, car il aide beaucoup alors à provoquer la cicatrisation s'il est appliqué en poudre impalpable.

L'*aristol* peut être recommandé aussi dans les mêmes cas et à la dose de 4 à 10 0/0. On l'utilise en pommade contre le psoriasis.

L'*iodol* est un de ceux qui appellent le plus notre attention. Il remplace très bien l'iodoforme; c'est une bonne préparation.

L'*acide borique*, qui est venu aussi prendre grande place comme antiseptique et astringent, est employé à la fois en poudre et en solution dans l'eau et les liniments à la dose de 5 à 20 0/0; c'est un remède toujours inoffensif et souvent très utile. Comme antiseptique, le *peroxyde d'hydrogène* est d'un bon emploi et il sert souvent admirablement pour supprimer la suppuration, soit en lotions sur les surfaces extérieures, soit en injections dans les cavités et les sinus.

Bien des remèdes de valeur ont récemment été proconisés pour combattre la démangeaison. Le plus efficace de tous est le *menthol* employé en pommade ou en solutions huileuses de 2 à 10 0/0. Le mieux est de combiner avec lui l'acide carbolique en double quantité, en partie pour aider à son action, en partie pour amoindrir la sensation de froid que produit le menthol s'il est employé seul.

La *cocaïne* aussi rend quelquefois de grands services si on l'ajoute aux pommades à la dose de 1 à 5 0/0. Il faut prendre garde de l'employer sur de trop grandes surfaces à cause de l'action d'irritation locale et de ses effets généraux.

La combinaison de *camphre et de chloral* mélangés ensemble à parties égales, jusqu'à liquéfaction, et ajoutée aux pommades à la dose de 6 à 15 0/0 est très bonne aussi pour combattre le prurit. Elle produit au moment où on l'applique une forte sensation de brûlure sur les parties délicates de la peau. Il faut donc concilier les doses avec la sensibilité locale. Récemment la même composition avec addition d'eucalyptus a été présentée sous le nom de *campho-lyptus*.

Le *campho-phénique*, combinaison patentée de camphre et d'acide carbolique, est aussi d'une valeur réelle dans bien des cas lorsqu'on désire à la fois faire de l'antisepsie et combattre le prurit. On peut l'employer dans un liniment où dans de l'huile. Dose 6 à 20 0/0.

Parmi les pansements adhésifs, pellicules, etc., D. Bulkley préfère la *bassorine* dont voici la composition :

Gomme adragante... ...	40	grammes.
Dextrine.....	45	—
Glycérine.....	10	—
Eau.....	Q. s. ad. cent.	

Puis il discute les divers excipients gras et les poudres isolantes ; nous n'avons que le regret de ne pouvoir suivre l'auteur dans tous les développements de son excellent travail.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement régional de l'éczéma. (*Quinzaine méd.*, 1er juin 1897.) — *Eczéma des doigts.*

Litharge	10	grammes.
Glycérine	30	—
Amidon	10	—
Vinaigre	60	—

Mêlez et faites bouillir jusqu'à ce qu'on ait obtenu seulement 80 grammes d'une pâte couleur de chair.

Eczéma périanal.

Soufre précipité	2	gr. 40
Naphtol	1	gr. 20
Morphine	12	centigr.
Carbonate de zinc	4	grammes.
Cold-cream	30	—

M. s. a.

Eczéma palmaire et plantaire.

Emplâtre avec :

Emplâtre de savon	30	grammes.
Huile d'olive	1	gr. 50
Acide salycilique	1	gr. 50

Ces formules sont de M. DUHRING (de New-York).

MOREL-LAVALLÉE.

L'acide picrique dans l'eczéma. (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 21 mai 1897.) — M. E. GAUCHER vient de reprendre le traitement récemment indiqué par Mac Lenann contre l'eczéma au moyen de l'acide picrique. Il ne l'emploie que dans l'eczéma aigu, vésiculeux, et les poussées aiguës de cette affection. Comme pour les brûlures, il se sert d'une solution aqueuse d'acide picrique au 1/100, avec laquelle il badigeonne les surfaces malades, appliquant par-dessus des compresses imbibées du même liquide. Ce pansement est laissé quarante-huit heures.

La démangeaison est rapidement calmée : la rougeur, le suintement diminuent, puis disparaissent bientôt, faisant place à la desquamation.

Ce traitement serait naturellement impuissant à modifier l'épaississement et l'induration de la peau et les états lichénoïdes.

MOREL-LAVALLÉE.

Traitement du prurit. (*Jour. des mal. cut. et syph.*, avril 1897.) — Chez les malades à peau xérodermique, et sans éruption, M. BROCQ recommande les onctions avec :

Lanoline	15	grammes.
Huile d'olives	15	—
Acide phénique	30 à 40	centigr.

Saupoudrer ensuite avec l'amidon ou avec :

Talc } ãã
Dermatol }

MOREL-LAVALLÉE.

Sur l'emploi de l'emplâtre d'iodol dans certaines affections vénériennes, par DOMENICO MAJOCCHI. (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, 15 mai 1897.) — L'auteur a expérimenté l'iodol sous forme d'emplâtre, surtout en vue d'une action locale. L'emplâtre, par son imperméabilité, est propre à empêcher le courant centrifuge de sécrétion cutanée et à augmenter le courant centripète de résorption. L'action locale devient donc plus énergique.

D'autre part, l'iode ne peut pas se dégager rapidement et venir en contact avec la peau peu de temps après l'application de l'iodol. Aussi l'emplâtre ne provoque pas de phénomènes d'irritation comme le fait la teinture d'iode.

D'ailleurs, les expériences cliniques ont pleinement confirmé ces idées théoriques qui ont guidé l'auteur dans ses recherches.

L'emplâtre d'iodol agit comme calmant dans les phénomènes d'inflammation aiguë.

Il ne provoque pas de phénomènes de macération de l'épiderme. On peut le garder longtemps sur la peau. Il calme promptement les douleurs, diminue la tuméfaction, l'œdème, arrête ou restreint la suppuration.

L'auteur a eu l'occasion d'étudier l'effet de ce remède dans 120 cas, dont 67 adénites, 28 épididymites. Il a aussi fait quelques essais dans certaines maladies de la peau, entre autres le lupus, mais là le résultat ne fut pas concluant.

Ainsi, il a établi avec certitude que l'emplâtre d'iodol est un excellent moyen antiphlogistique et résolvant qui se recommande surtout dans les adénites et périadénites, de même que dans les épididymites et les orchi-épididymites. Cet emplâtre convient principalement aux inflammations simples, tandis que l'emplâtre mercuriel doit être employé plutôt dans les inflammations spécifiques.

R. BLONDEL.

Sérothérapie dans la syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, 1896, t. XXXVI, p. 63.) — TARNOVSKY a employé le sérum d'un animal qu'il a depuis 1870 reconnu et signalé comme ayant pour la vérole une réceptivité certaine, mais très faible, le poulain. Or, ce sérum s'est montré inactif entre ses mains aux trois périodes de la syphilis. Il s'est mis alors à mercurialiser des poulains sains par des injections de calomel et à injecter leur sérum à des syphilitiques aux diverses périodes. Les résultats de ces expériences ne sont pas encore publiés.

MOREL-LAVALLÉE.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chirurgien des hôpitaux.

Le traitement de l'urétrite aiguë gonococcique, par le Dr DE KEERSMAECKER (In *Ann. et Bull. Soc. med. Anvers*, 1897, p. 57.) — Les grands lavages constituent le meilleur traitement de la blennorrhagie aiguë.

Dans les trente-six premières heures le traitement abortif est possible.

L'auteur préfère le lavage à canal ouvert avec la sonde molle et la seringue.

S'il y a de la douleur faire des lavages à l'ichtyol, sinon au permanganate, et quand l'écoulement a disparu prendre le nitrate d'argent.

Ne pas commencer à la période d'acmé.

Revoir le malade au bout de quelques semaines et faire l'uréthroscopie.

E. CHEVALIER.

Deux cent cinquante cas d'urétrites gonococciques traitées par la méthode des grands lavages de permanganate de potasse. (*Annales médico-chirurg. de Liège*, juin 1897.) — M. le Dr A. HOGGE (de Liège) publiait il y a trois ans les résultats que lui avait donné la méthode de Janet, les grands lavages de permanganate de potasse, dans le traitement de cinquante cas d'urétrites gonococciques. Encouragé par les premiers succès, il l'a appliqué à tous les malades qui lui en parurent justiciables. Son observation a porté depuis ce temps sur deux cent cinquante malades. Le travail se termine par les conclusions suivantes :

1° La méthode de Janet n'est abortive (guérison en moins de vingt jours) que dans le quart des cas se présentant moins de quarante-huit heures après la constatation de la sécrétion purulente. La cure rapide peut d'ailleurs être obtenue chez les malades se présentant plus tardivement au traitement (le sixième des cas traités deux à quinze jours après l'apparition de la goutte ont guéri en moins de vingt-sept jours).

2° La méthode des grands lavages de permanganate de potasse et de chaux assure la guérison absolue de la presque totalité des urétrites gonococciques, traitées dès le début par ce moyen ou soumises à un traitement rationnel jusqu'au moment de l'application des lavages, chez les malades vierges d'urétrite chronique ou d'antécédent blennorrhagique.

La guérison complète se maintient généralement.

3° Ladite méthode assure un minimum de complications. Celles qu'elle est le moins à même d'enrayer et que peut-être même elle provoque sont les folliculites et les prostatites.

4° Il ne faut pas laver systématiquement l'urètre postérieur mais l'attaquer dès qu'il s'entreprend ; ne pas faire plus de quatre à cinq lavages postérieurs si la deuxième portion des urines matinales ne s'éclaircit pas rapidement sous leur action.

5° Les doses faibles (1/8000 à 1/5000) paraissent plus conformes au but, assurent autant de guérisons rapides et exposent moins aux complications que les fortes.

R. BLONDEL.

Sur l'ablation de la vaginale du testicule et l'abolition de sa cavité, par ROBERT ALESSANDRI. (*Il Policlinico*, 1er avril 1897.) — L'auteur, après des recherches bibliographiques, des observations cliniques et des expériences sur les animaux, arrive à conclure :

1° Que la cure radicale de l'hydrocèle par le procédé Volkmann est possible dans les cas où les lésions de l'hydrocèle sont telles que l'extirpation de la vaginale ne peut pas arriver à produire plus de troubles de la spermatogénèse que la maladie primitive elle-même ;

2° Que le mieux est de n'extirper que le feuillet pariétal, en conservant le viscéral et en faisant la réunion primitive des parties molles. On reconstitue ainsi des enveloppes au testicule et on limite au minimum la réaction sur la spermatogénèse.

E. CHEVALIER.

Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. (*Société allemande de chirurgie*, 26e congrès 1897.) — M. HELFERICH met au point l'intéressante question de l'intervention opératoire dans l'hypertrophie de la prostate. Les indications précises ne sauraient être établies, au point où nous en sommes. Mais il soutient que ces interventions doivent être exceptionnelles et on ne doit y songer qu'après l'échec des vieilles méthodes ; le cathétérisme fréquent et les lavages continuant à occuper le premier rang (Guyon). C'est le traitement palliatif qui doit encore avoir le pas sur des améliorations problématiques.

La *taille sus-pubienne* est efficace dans les cas d'hypertrophie du lobe médian, puisque l'on a pu ainsi guérir quelques malades impossibles à sonder. Quant à la *castration*, et à la *résection des canaux déférents*, il semble que des accidents graves seuls les légitiment. Mais il faut s'inquiéter, avant de les entreprendre, de l'*état de la vessie* : le réservoir ne doit pas avoir ses parois dilatées et atrophiées, les reins ne doivent pas être atteints. D'autre part, étant donnés les curieux

accidents développés à la suite de la castration double (mélancolie, dégénérescence), il est préférable de s'adresser à la *demi-castration* ou à la *section unilatérale du canal déférent*, qui viennent de donner d'aussi bons résultats que des opérations plus radicales.

AUG. BENOIT.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL
Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Injections intra-utérines. — M. DŒDERLEIN (*Septième Congr. de la Soc. all. de gynécologie*, Leipzig, 11 juin 1897) a fait quelques expériences pour savoir si un liquide, injecté dans l'utérus avec les précautions habituelles, pouvait se frayer un chemin à travers les trompes jusque dans la cavité péritonéale. Il a choisi six utérus qui devaient être extirpés par la voie vaginale, et immédiatement avant l'opération, après dilatation du conduit cervical à l'aide des sondes en cuivre de Schrœder afin d'assurer le libre reflux de l'excès de liquide, il a injecté une pleine seringue de Braun de l'une des trois solutions suivantes, préalablement stérilisées : quatre fois une solution de violet de méthyle, une fois de la teinture d'iode concentrée et une fois une solution de chlorure de zinc à 50 0/0. Dans la première série d'expériences, une fois le violet de méthyle avait pénétré dans le Douglas et le cul-de-sac antérieur en telle quantité qu'il avait suffi à teindre tout le champ opératoire, y compris les mains; deux fois les trompes étaient oblitérées, mais remplies de la solution colorée jusqu'au pavillon; dans le quatrième cas, les trompes étaient libres, mais la substance colorante n'avait pénétré que jusqu'au pavillon. Chez la femme qui avait reçu de la teinture d'iode, il existait une endométrite ancienne avec fongosités d'au moins un centimètre d'épaisseur; le liquide n'avait pas pénétré dans les trompes, celles-ci étant oblitérées. Dans le cas où on a fait une injection au chlorure de zinc, on trouva dans la cavité péritonéale la valeur de trois à quatre cuillerées à soupe d'un liquide trouble, laiteux, contenant de la fibrine coagulée sans éléments proprement dits, liquide provenant d'un exsudat péritonéal; la trompe droite était très rouge, tuméfiée, mais n'offrait aucun signe de véritable cautérisation.

Tout dernièrement un fait a appris à M. Dœderlein que le liquide peut passer en certaine quantité à travers les trompes. Une femme, dans un but de manœuvres abortives, s'introduit ent, se servant du doigt comme conducteur, un long tube en caoutchouc mou dans l'utérus; ensuite elle adapte ce tube à un simple clysopompe et s'injecte environ 500 grammes d'une solution de lysol très faible : aucun liquide ne ressort par les parties externes; elle est prise de douleurs terribles, à l'examen on constata très nettement la présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Heureusement pour cette femme, la solution était stérile, et le lendemain la malade était guérie et remise de sa terrible émotion.

M. OLSHAUSEN croit qu'il n'est pas très rare que le liquide injecté dans l'utérus traverse les trompes et pénètre dans la cavité péritonéale, même sans que la pression soit considérable et malgré toutes les précautions. Une douleur spontanée latérale indique le côté où le liquide a pénétré; quelques heures après survient de la douleur à la pression; il se fait souvent un petit foyer de péritonite localisée.

R. BLONDEL.

Nouveau procédé d'évidement du col de l'utérus, par le Dr GUILLAUME LIVET. (*Anjou médical*, 5 mai 1897.) — L'auteur a employé trois fois le procédé suivant qui offre sur les méthodes plastiques ordinaires l'avantage d'une extrême simplicité. L'utérus étant dilaté plusieurs jours à l'avance au moyen de laminaires, la malade est chloroformisée, l'utérus abaissé et le canal est divisé au bistouri ou aux ciseaux par deux incisions se coupant à angle droit. Puis, une ligne circulaire étant supposée tracée à un centimètre autour de l'orifice du col, formant un cercle dont les deux incisions seraient les deux méridiens, on enlève aux ciseaux les quatre petites pyramides ainsi délimitées, pyramides à sommet situé à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de profondeur. Il reste une cavité conique. Un drain de Championnière entouré d'une bande de gaze iodoformée est placé dans la plaie et fixé par deux crins : l'espace restant entre le drain et les bords de l'entonnoir est comblé avec un tamponnement serré à la même gaze. Ce pansement est renouvelé le troisième jour. Injections au sublimé; nouveau pansement. On peut enlever le drain le dixième jour. La muqueuse nouvelle s'est réparée en allant du fond vers les bords et les orifices n'ont aucune tendance à se sténoser.

R. BLONDEL.

Traitement de la salpingite blennorrhagique par le lavage direct de la cavité tubaire. (*Amer. med. J.*, avril 1897.) — MORRIS rapporte une observation assez extraordinaire et surtout audacieuse. Il s'agit d'une malade atteinte depuis dix ans d'un écoulement à gonocoques et d'une

salpingite double. R. T. Morris ouvrit le cul-de-sac potérieur, libéra d'abord la trompe droite des adhérences qui la fixaient, puis l'attira dans le vagin à travers l'incision : il l'ouvrit près du pavillon, et glissa à l'intérieur une petite sonde rigide autour de laquelle il fixa l'enveloppe tubaire à l'aide d'un fort lien de caoutchouc. Il poussa alors par la sonde de l'eau oxygénée saturée d'oxygène; le liquide ressortit en écumant par l'orifice du col; après une minute de ce lavage, il fit passer pendant une minute une solution de formol à 2 0/0. La sonde fut ensuite détachée et un point de suture placé sur la petite plaie. La même manœuvre fut entreprise sur la trompe gauche, mais ici avec moins de facilité, car le liquide ne put passer à travers l'orifice utérin sans doute oblitéré : il distendit énormément la cavité tubaire qui fut sur le point d'éclater dans le péritoine; néanmoins le liquide finit par passer. L'auteur déclare d'ailleurs qu'il était prêt, en cas d'accident, à exciser l'organe.

Les trompes furent remises en place. La plaie du cul-de-sac vaginal fut drainée pendant vingt-quatre heures et la malade rentrait chez elle dix jours après, n'ayant plus d'écoulement leucorrhéique.

Nous doutons que cette « expérience » trouve des imitateurs nombreux, chez ceux qui savent le degré de friabilité des enveloppes tubaires et surtout les inégalités de leur épaisseur après libération des adhérences; quant aux conséquences de « l'éclatement », elles ne seraient peut-être pas aussi simples que l'auteur l'a cru, car cet accident commanderait la laparotomie immédiate avec résection de débris de la trompe déchirée et lavage minutieux du péritoine.

R. Blondel.

Stérilité d'emblée et gonorrhée. (*Centralbl. f. Gynäk.*, n° 26, 1897.) — Vedeler a examiné 810 femmes stériles et a constaté que la gonorrhée était sans contredit la cause la plus fréquente de leur stérilité. La moyenne du nombre d'années de mariage était de trois, le minimum, une année entière, et 72 de ces femmes étaient mariées depuis plus de dix ans. Vedeler put examiner l'urètre de 50 sujets parmi les maris de ces femmes et constata que sur ce nombre 38 avaient eu de la gonorrhée, et que 34 avaient infecté leurs femmes. Il part de ces chiffres pour admettre que 235 sur 310 de ces maris, ont eu vraisemblablement cette maladie et que 210 environ ont dû infecter leurs femmes. Afin que ce calcul ne puisse pas sembler hypothétique, Vedeler examina encore 198 des femmes chez les maris desquelles il n'avait pu déterminer d'une façon satisfaisante l'état de santé réel, et il put constater que ces femmes avaient toutes souffert d'inflammations locales, de la même nature que les 34 qui ont été infectées d'une manière certaine par leurs maris. R. Blondel.

Ovariotomie vaginale, par Henrotay. (*Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, juin 1897.) — Relation d'une *ovariotomie* vaginale que l'auteur a pratiquée. Historique de cette opération, qui aurait été pratiquée pour la première fois en 1870 par Gaillard-Thomas, et ensuite ne fut plus que rarement exécutée jusqu'au moment où la technique de l'*hystérectomie* par le vagin eut remis en lumière les avantages de la voie vaginale.

Les principaux travaux sur la matière sont ceux de Jacobs (1894), Segond (1894), Bumm et Fehling (1896) et surtout ceux de Schauta (1897), enfin dernièrement celui de Condamin (1897).

Il s'agit surtout de l'opération pour grands kystes justiciables de la laparotomie et non pas de l'ablation d'ovaires plus ou moins kystiques ou adhérents.

La malade du Dr Henrotay, âgée de 21 ans, portait un kyste remontant jusqu'à mi-chemin du pubis à l'ombilic. Une partie de la tumeur faisait fortement saillie dans le cul-de-sac antérieur et l'examen sous le chloroforme démontrait une très grande mobilité de cette tumeur.

L'opération consista dans l'ouverture transversale du cul-de-sac antérieur, et la ponction par cette voie à l'aide du trocart de Fritsch de la tumeur solidement maintenue par un aide. Il s'en écoula un litre et demi de liquide. Les parois affaissées furent attirées à l'extérieur et une ligature en chaîne fut placée sur le pédicule assez large. Celui-ci fut ensuite réduit. Quatre points de suture fermant l'incision vaginale terminèrent l'opération.

Suites opératoires d'une bénignité extraordinaire. La malade se leva le cinquième jour et quitta l'hôpital le huitième.

Il s'agissait d'un kyste uniloculaire de 17 centimètres de diamètre : la partie restante de l'ovaire était le siège d'un hématome de la grosseur d'une noix.

La technique idéale de l'ovariotomie vaginale consiste à se rapprocher autant que possible de l'intervention abdominale en ce qui concerne le pédicule.

L'auteur insiste sur la facilité avec laquelle on opère dans le cul-de-sac antérieur et quel jour l'ouverture de ce cul-de-sac donne sur le champ opératoire.

L'application de pinces à demeure sur le pédicule et le drainage forcé de la brèche vaginale sont destinés à disparaître de la technique pour céder le pas à la ligature du pédicule, sa reposition dans le bassin et la fermeture de l'incision vaginale.

Mais une condition *indispensable* pour mener à bien une intervention de ce genre c'est la certitude aussi absolue que possible de la mobilité de la tumeur. R. Blondel.

Obstétrique.

Dr L. DÉMELIN
Ex-chef de clinique à la Faculté de médecine.

Traitement de l'éclampsie puerpérale, par le Dr Oui, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Lille. (*Echo médical du Nord*, n° 18, p. 214, 16 mai 1897.) — Le traitement prophylactique de l'éclampsie puerpérale, c'est le régime lacté absolu. Il est indiqué lorsque dans les urines d'une femme enceinte l'analyse fait découvrir la présence de l'albumine. L'action favorable du lait est si bien démontrée que Tarnier a pu déclarer sans qu'on lui opposât un fait contraire, que jamais il n'avait vu une femme devenir éclamptique après avoir été soumise pendant une semaine au régime lacté *absolu*. (Ce qui ne veut pas dire, bien entendu, qu'une femme ayant pris du lait exclusivement pendant huit jours, pourra sans crainte d'éclampsie reprendre son régime ordinaire au bout de ce temps. Le régime lacté, pour être efficace, doit avoir au moins une semaine de durée, mais il demande à être continué.)

Si l'on est appelé auprès d'une femme chez laquelle se montrent les prodromes de l'éclampsie, au régime lacté, il conviendra d'ajouter un lavement purgatif, et une dose de chloral variant de 4 à 8 grammes en vingt-quatre heures, soit par la bouche, soit par le rectum.

Quand l'éclampsie est déclarée, il faut la traiter pendant les accès et dans leur intervalle.

Pendant les accès, il faut avant tout soustraire la langue aux morsures auxquelles elle est exposée. Pour obtenir ce résultat, le mieux est d'introduire entre les arcades dentaires un mouchoir plié en double, dont les extrémités seront solidement tenues. On arrive ainsi à bien refouler la langue en arrière.

Le chloroforme est indiqué au moment de l'attaque d'éclampsie pour l'empêcher de se produire, ou la rendre moins violente. Appelé auprès d'une femme ayant eu déjà une ou plusieurs crises, le médecin doit tout d'abord la mettre sous l'influence du chloroforme.

Le chloral s'emploie dans l'intervalle des accès et agit surtout en espaçant les crises.

La saignée n'est pas sans inconvénients, d'après M. Oui qui la réserve pour les cas où il se produit une congestion encéphalique intense ou des troubles respiratoires inquiétants. Encore doit-elle être toujours modérée et ne pas dépasser 300 à 400 grammes.

Pour activer la sécrétion urinaire, M. Oui conseille l'ingestion abondante de lait et les injections hypodermiques d'eau salée.

L'ingestion du lait est souvent facile. Dans le cas contraire, M. Tarnier recommande de se servir du tube de Faucher; Lefour emploie le procédé suivant : la femme étant couchée sur le dos, la tête basse, on verse doucement, à l'aide d'une cuiller, le lait dans les narines qui le conduisent dans le pharynx.

Les injections hypodermiques d'eau salée à 10 0/00 se font dans la fesse, à la dose plusieurs fois répétée de 3 à 400 centimètres cubes.

Comme traitement obstétrical, la provocation de l'accouchement est inutile. Pendant le travail, il faut laisser la dilatation s'effectuer et alors seulement, terminer l'accouchement.

Si la mère vient à succomber, l'enfant étant encore vivant, le devoir s'impose d'en pratiquer sur l'heure l'extraction, soit par l'opération césarienne *post mortem*, soit par les voies naturelles si la dilatation de l'orifice utérin est suffisante.

Les antiseptiques toxiques sont contre-indiqués chez les éclamptiques. Il faut donc laisser résolument de côté l'acide phénique, le biiodure et le bichlorure de mercure pour ne citer que les plus dangereux, et les remplacer par l'acide borique, le permanganate de potasse, la microcidine, etc. Mais les éclamptiques sont très sensibles à l'infection : double raison pour venir en aide à l'action des antiseptiques inoffensifs mais faibles, par une asepsie des plus soignées.

L. Demelin.

Prophylaxie de l'hémorragie post-partum, par Lombe Atthill. (*British med. J.*, 6 mars 1897, p. 576, n° 1888.) — L'auteur préconise chez les femmes ayant eu des hémorragies à leurs accouchements antérieurs, l'emploi soit du sulfate de quinine, soit de l'ergot de seigle additionné ou non de strychnine sous forme de teinture de noix vomique par exemple. Contrairement à l'opinion classique, il ne craint pas de prescrire ces préparations d'une manière courante et quotidienne dans les derniers temps de la grossesse, lorsqu'il prévoit la possibilité de pertes de sang après l'accouchement. Les doses sont celles auxquelles on a recours d'ordinaire pour chacun des médicaments cités.

L'hémorragie de la délivrance serait à coup sûr prévenue; il n'y aurait aucun danger ni pour la mère ni pour le fœtus, et l'expulsion prématurée de l'œuf ne serait pas à redouter, à la condition que l'utérus n'ait pas commencé spontanément le travail de parturition.

L. Demelin.

Traitement de l'avortement incomplet. (*Soc. obst. et gynéc.*, 8 juillet 1897.) — M. Maygrier, d'après une statistique portant sur 256 cas observés dans son service, croit que dans l'avortement incomplet on ne doit intervenir que dans les cas suivants : 1° quand il y a des accidents (hémorragie grave ou infections); 2° dans les cas d'avortement gémellaire; 3° quand les femmes n'ont pas été suivies dès le début de la fausse couche; 4° quand, au bout de trois ou quatre jours, l'avortement n'est pas terminé et que le col a tendance à se refermer.

Comment doit-on intervenir? Deux principales méthodes sont en présence : le curage digital et le curettage instrumental. Pour pratiquer le curage digital il faut que le col soit suffisamment dilaté pour admettre le passage d'un ou de deux doigts jusqu'au fond de l'utérus. Si la dilatation n'est pas suffisante on se servira des ballons dilatateurs ou des bougies de Hegar. On décollera complètement le placenta qui, ensuite, sera retiré facilement avec le doigt. Si malgré le décollement complet l'on éprouvait des difficultés à l'extraire, on pourrait se servir du procédé de M. Budin, qui consiste à comprimer l'utérus entre deux doigts placés dans le cul-de-sac postérieur et la main placée sur la paroi abdominale. Le placenta ainsi exprimé vient tomber dans la main de l'opérateur.

L'autre procédé, le curettage, n'est pas sans danger; des opérateurs de talent ont eu à déplorer plusieurs cas de perforation utérine avec issue de l'intestin au dehors. On ne doit employer la curette que dans certains cas exceptionnels. Quand il n'y a pas d'accident on pourra avoir recours au sulfate de quinine.

M. Budin est du même avis. Il n'emploie la curette qu'exceptionnellement quand le placenta est particulièrement adhérent et il se sert du doigt comme conducteur.

M. Doléris est en désaccord avec les précédents orateurs. Il est d'avis qu'il faut intervenir immédiatement, dans les *avortements ratés*, c'est-à-dire dans lesquels le travail s'arrête avant l'expulsion de l'œuf. Il ne craint pas de se servir de la curette. R. Blondel.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Action pharmaco-dynamique de certains extraits de plantes, obtenus par dialyse. (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1er juin 1897.) — Jacquet a présenté à la Société médicale de Bâle (séance du 8 avril) une série d'extraits de plantes médicamenteuses obtenus par M. Golaz (de Vevey), par un procédé nouveau que l'auteur décrit minutieusement, et qui est basé sur l'emploi exclusif des plantes fraîches, qui sont soumises à une dialyse spéciale. L'emploi de plantes fraîches force le pharmacien à se servir des exemplaires trouvés dans la région où il exerce; il en résulte que les extraits obtenus par le procédé de Golaz ont grande chance de présenter une variation minimum dans la teneur en alcaloïdes (aconitine, digitaline, par exemple).

Dans les préparations nouvelles, une quantité donnée d'extrait dialysé correspond à une quantité donnée de plantes fraîches : ce dosage exact constitue un progrès marqué.

Nous renvoyons, pour les détails, à la communication de Jacquet; nous ne saurions que nous associer aux conclusions de ce dernier, à savoir que toute amélioration apportée aux procédés usuels d'extraction de principes actifs de plantes médicamenteuses doit être vulgarisée et adoptée par les pharmacopées.

E. Vogt.

De l'anilipyrine. (*Société de biologie*, 3 juillet 1897.) — MM. Gilbert et Yvon ont donné le nom d'anilipyrine au produit que l'on obtient en chauffant un mélange d'un équivalent d'acétanilide avec deux équivalents d'antipyrine. Ce corps, fusible à la température de 105°, est plus soluble dans les liquides usuels que ses composants. C'est ainsi que par exemple 10 grammes d'eau distillée à la température de 15° dissolvent 40 grammes d'anilipyrine et seulement 16 grammes d'antipyrine et 5 centigrammes d'acétanilide.

L'anilipyrine est faiblement toxique : elle tue le cobaye au milieu de convulsions tétaniformes et dans l'hypothermie à la dose de 1 gr. 80 par kilogramme. Son action sur la température normale des animaux se manifeste dès l'emploi du cinquième de la dose toxique. Elle est plus marquée que celle de l'antipyrine et moindre que celle de l'acétanilide.

En thérapeutique, l'anilipyrine peut être usitée comme antipyrétique et analgésique. Elle donne notamment de bons résultats dans la grippe et le rhumatisme articulaire aigu, dans la migraine et les névralgies. Elle doit être prescrite à la dose quotidienne moyenne de 1 à 2 grammes et par fractions de 50 centigrammes.

R. Blondel.

FORMULAIRE

Traitement de la broncho-trachéite aiguë simple (rhume vulgaire).

(R. Blondel)

1° Dès le début et seulement au début :

Alcoolature de racine d'aconit		1 gramme.
Teinture d'ipéca		10 —
Menthol	ââ	10 centigr.
Saccharine		
Alcool à 40°		40 grammes.
Sirop de tolu		120 —

Deux à trois cuillerées à café, espacées d'heure en heure, après chacun des deux principaux repas.

2° Faire priser, contre le coryza :

Alumnol	ââ	6 grammes.
Biborate de soude		
Sucre en poudre		

3° Si le traitement est entrepris plus tard :

Alcoolature de racine d'aconit	1 gramme.
Antipyrine	2 —
Sirop de codéine	100 —
— de polygala	20 —
— de tolu	30 —
— de laurier-cerise	40 —

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

4° Période finale, expectoration, etc. :

Perles d'essence de térébenthine, de créosote, de gaïacol, trois après chaque repas.

Ou dragées d'hélénine (0,02), deux matin et soir.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Bureau central. — Le concours pour la nomination de trois médecins des hôpitaux s'est terminé par la désignation de MM. Claisse, Renon et Caussade.

Actes officiels. — Par décret, en date du 19 juin 1897, la Société de thérapeutique, dont le siège est à Paris, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

L'isolement des tuberculeux. — Des services d'isolement pour les tuberculeux vont être incessamment installés à l'hôpital Laënnec et à l'hôpital Lariboisière.

La dépense, évaluée à 100,000 francs environ, constitue le premier prélèvement sur les 6 millions provenant des réserves de l'Assistance publique, et qui sont affectées à un ensemble de mesures ayant pour objet la lutte contre la tuberculose.

Les ambulances urbaines. — Les conclusions du rapport que M. Strauss, au nom de la cinquième commission, vient de présenter au Conseil municipal de Paris, dans sa séance de mercredi dernier, ont été adoptées à l'unanimité.

Elles étaient ainsi formulées :

Sont approuvés :

1° L'édification d'une station d'ambulances urbaines et d'une station d'ambulances municipales contiguë à la première, dans le terrain de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, conformément au plan proposé et dans les limites d'un crédit de 53,996 francs ;

2° L'édification d'une station d'ambulances urbaines dans l'un des pavillons du marché Saint-Honoré, conformément au plan proposé et dans les limites d'un crédit de 27,300 francs ;

3° Les frais d'aménagement de ces trois stations, soit 15,000 francs ;

4° La construction de neuf voitures pour le service de ces postes et l'établissement de roues caoutchoutées sur les voitures d'ambulances, soit au total 41,000 francs ;

5° L'établissement d'un réseau téléphonique spécial, par bornes-avertisseurs, dans le périmètre desservi par la station de l'hôpital Saint-Louis, et l'établissement de communications téléphoniques directes entre les stations d'ambulances existantes ou à créer et le poste central d'avertissement et de contrôle, dans les

limites d'un crédit total de 86,000 francs.

M. le préfet de la Seine est invité à entreprendre cette année, au poste d'ambulances urbaines de l'hôpital Saint-Louis, l'essai de service tel qu'il est proposé par la cinquième commission, d'après les travaux de la commission des ambulances urbaines et municipales.

A propos de la déclaration des fœtus. (*Société de médecine ligale.*) — MM. Charpentier et Lutaud ont proposé à la Société, dans sa séance du 14 juin 1897, l'adoption du texte suivant :

La Société de médecine légale estime que l'arrêté de 1882 mérite de recevoir son application et émet l'opinion :

1° Que les fœtus et embryons devront être portés aux mairies ou à des dépôts mortuaires, sans que le médecin de l'état civil soit tenu de visiter l'accouchée à domicile et sans que la déclaration soit obligatoire pour le médecin traitant; la vérification aura lieu à la mairie par le médecin de l'état civil;

2° Que le secret professionnel puisse être observé pour les déclarations d'embryons et de fœtus comme il peut l'être pour les déclarations d'enfants, c'est-à-dire que les déclarants ne soient pas astreints à faire connaître le nom et le domicile de la mère.

La Société renouvelle son vote de mai 1882 et décide :

Les médecins ne sont pas tenus de déclarer les cas d'expulsion de produits embryonnaires au-dessous de six mois.

Le tatouage thérapeutique. — *A l'Académie des sciences*, dans sa séance du 24 mai 1897, M. Lannelongue a analysé une très intéressante note de M. Fouquet (du Caire), sur l'ancienneté du tatouage employé comme mode de traitement. Dans un récent voyage en Egypte, M. Lannelongue eut à examiner une momie remarquable par le tatouage qu'elle portait sur le ventre. Elle avait été développée en 1892 par les conservateurs du musée et par M. Fouquet. C'était une prêtresse de Halor, la dame Ament, vivant à Thèbes sous la onzième dynastie. Lorsque la momie fut mise à nu, le Dr Fouquet se trouva en présence d'une femme jeune encore, d'une maigreur extrême, la bouche ouverte et tordue par la souffrance. Le ventre porte trois séries de tatouages et de scarifications. La prêtresse était sans doute morte d'une péritonite généralisée.

M. Lannelongue engagea M. Fouquet à faire connaître ses recherches sur la pratique du tatouage antique. Ce médecin a fini par obtenir, en effet, non sans peine, d'un certain nombre de malades, des révélations curieuses. Il paraît qu'encore maintenant le tatouage est pratiqué pour combattre les périostites, arthrites, synovites, migraine, névralgie, rhumatismes. Sur quinze malades, sept affirmèrent avoir retiré de bons effets du tatouage, six rien; deux regrettaient le traitement. Il y avait dix femmes. L'opération est pratiquée par des femmes qui traversent les quartiers indigènes du Caire en criant : « Faire les tatouages, percer les oreilles, etc. » Ces vieilles coutumes remontent, au moins, à 4,000 ou 5,000 ans...

Falsification du tabac à priser par le plomb. — Un mode singulier d'empoisonnement par le plomb vient d'être révélé par une saisie faite en Amérique chez d'importants marchands de tabac en gros. Un cas de saturnisme, dont l'origine était inexpliquée, fut finalement attribué à l'usage du tabac à priser acheté chez l'accusé. Une analyse du tabac révéla, paraît-il, la présence d'environ 6 0/0 de bichromate de plomb. Au point de vue juridique, comme la loi américaine ne punit que la vente de nourriture falsifiée ou malsaine, et que le tabac ne rentre pas dans cette catégorie, il fut impossible d'infliger une amende au délinquant et tout ce que l'empoisonné put obtenir, ce fut une indemnité de deux centimes, prix de la quantité de tabac dont il lui avait été fait tort.

Jubilé. — Le *Scalpel*, journal médical hebdomadaire publié à Liège par le Dr Déjace, célèbre son cinquantenaire dans son numéro du 4 juillet. Après des remerciements à ses lecteurs, un coup d'œil sur le chemin parcouru, un aperçu de ce qui reste à faire, le journal adresse un salut affectueux à ses confrères de la presse médicale belge et française avec lesquels sont nouées de solides et fortes relations d'amitié et d'aide mutuelle, « la seule forme de mutualité contre laquelle nous ne protesterons jamais. »

Toutes nos félicitations et nos meilleurs vœux à notre aimable confrère.

PETITE CHRONIQUE

Notre siècle, qui aura été celui de bien des inventions, aura été, vers sa fin surtout, celui de la réclame. La publicité est une de ces forces nouvelles créées de nos jours, comme l'électricité et la vapeur, et dont l'influence, dans l'ordre économique, n'aura peut-être pas été moindre que celle de ces deux maîtres du monde. Comme la langue, comme la presse, c'est la meilleure et la pire des choses tout à la fois, et le sage ne doit voir en elle qu'une des modalités de la vitesse, une forme de la conquête du temps, que notre génération recherche aujourd'hui en toutes choses. Elle est à l'ancien crieur public ce que le télégraphe est à l'antique courrier de la poste. Dans la découverte de l'imprimerie, celle du journal était en germe; une fois le goût de l'information quotidienne, à outrance, créé dans le public, une fois le journal devenu l'hôte familier de la maison, les commerçants ne furent pas longs à comprendre de quel parti pouvait être pour eux cette arme toute-puissante, ce commis voyageur quotidien et intime, sûr toujours de forcer votre porte et souvent votre attention.

Aujourd'hui, la publicité s'est imposée comme le rouage essentiel du commerce, comme l'intermédiaire indispensable de tout ce qui, pour un but quelconque, doit attendre du public la fortune ou la réputation, c'est-à-dire, chez tant d'humains, leur raison de vivre. Sans elle, pas de découverte utile, pas de bienfait pour l'humanité qui arrive à son but : elle est l'agent obligé du succès, et du succès tel qu'on le veut aujourd'hui, comme toute chose, — rapide; sans elle, sans l'appel aux bonnes volontés ou aux capitaux, pas de grande entreprise possible, depuis la souscription au monument de Pasteur, jusqu'au... Panama.

J'ai lâché le gros mot. De même que toutes les forces nouvelles déchaînées brusquement au milieu d'un monde ancien organisé avant elles et sans elles, la publicité a fait une révolution, et comme toute révolution elle a fait d'effroyables victimes.

C'est qu'aussi elle est vraiment par trop à la portée de tout le monde. Si jadis les réputations s'établissaient lentement, si telle maison n'arrivait à la renommée solide qu'après plusieurs générations de loyaux commerçants, à l'heure actuelle quiconque dispose de fonds suffisants peut faire battre demain la grosse caisse en son honneur dans tous les coins de la France à la fois : depuis la simple ligne à la quatrième page des journaux populaires jusqu'au Premier-Paris du grand journal mondain, il peut tout avoir : c'est une question de prix. Il n'y a là d'ailleurs rien que les journalistes ne proclament eux-mêmes tous les premiers. Souvenez-vous du directeur du *Gaulois* accusé par un collègue — ce qui est rare — d'avoir touché 50,000 francs dans l'affaire du Panama et intentant un procès en diffamation à l'accusateur, pour avoir... déprécié la valeur de la publicité de son journal en fixant celle-ci à 50,000 francs alors qu'elle avait bel et bien été payée 500,000 francs. Il est bien établi d'autre part que dans le commerce, 100,000 francs de publicité bien faite font faire 500,000 francs d'affaires : c'est donc simplement un chapitre à inscrire au budget des dépenses comme le pêcheur à la ligne y met le prix de ses amorces.

Tout cela, je le répète, est une simple constatation d'un état social nouveau et inévitable : ce n'est pas une critique. D'ailleurs le remède au mal n'est pas loin, et un doux scepticisme a depuis longtemps remplacé chez nous le respect de la lettre imprimée. Guillot a beau crier au loup ou au miracle, on ne se dérange plus. Maintenant qu'il est bien avéré que pas une ligne d'un journal politique, depuis les conjectures diplomatiques jusqu'aux courses de bicyclettes, n'est inspiré par autre chose que l'intérêt pécuniaire, direct ou non, de celui qui l'a écrite, on accueille avec tous les égards qui leur sont dus les appréciations flatteuses et les déclarations enthousiastes.

Mais ceci n'a pas fait le compte des charlatans qui tiennent à tout prix à nous faire tourner la tête quand ils jouent leur petit air, et alors est né le puffisme sans bornes pour lequel tous les moyens sont bons. Les Américains, outranciers en ceci comme en tout, ont encore été nos maîtres à ce point de vue. Aujourd'hui nous n'avons plus rien à leur envier. D'ailleurs, c'était facile à prévoir, aucune contrainte, aucune loi n'existant pour empêcher un particulier qui a loué 25 centimètres carrés de journal pour y publier son propre éloge, de le faire dans les termes qui lui plaisent.

La question serait trop vaste pour la traiter avec toute l'étendue qu'elle comporte. Je me borne à ce qui peut ici intéresser le médecin.

Donc, ne croyez-vous pas qu'il y aurait quelque chose à faire, non pour empêcher, — c'est impossible, — mais pour limiter le droit à l'auto-éloge à tant la ligne, du moins quant à quelques-uns de ses moyens d'action? Il y a sur tous les murs de Paris, dans tous les compartiments de chemins de fer, une affiche proclamant les mérites d'une « absinthe bienfaisante (!) » et invoquant à son bénéfice un rapport de je ne sais quelle Académie, composée du propriétaire et de ses associés, vraisemblablement, dont le nom arrive cependant à en imposer à un public ignorant. Les physiologistes, les hygiénistes n'ont-ils dépensé tant d'efforts pour montrer les effroyables ravages que cause l'absinthe dans la population, décimant les vivants et épileptisant l'avenir, pour qu'un industriel puisse imprimer impunément : « *Tous les médecins* sont d'accord pour proclamer les avantages de ce merveilleux produit apéritif, tonique, stimulant, etc... »

Il y en a qui vont plus loin : ils nomment le médecin et bon gré, mal gré, l'impriment tout vif sur leurs prospectus. Voici ce que publiait ces jours-ci un grand journal du matin :

« On sait que Félizet, l'éminent chirurgien de l'hôpital Tenon, a déclaré à son ami Sarcey qu'il brave le règlement et qu'il a rétabli la fouille des visiteurs à l'entrée de son service d'enfants malades. Ce courageux exemple de conscience médicale a été suivi par plusieurs de nos grands praticiens.

« L'un deux, l'autre dimanche, faisait vider toutes les poches des bouteilles qu'elles contenaient lorsqu'il dit soudain :

« — Oh, ça!... ça peut entrer!

« — Qu'est-ce que c'est? Qu'est-ce que c'est? murmurèrent les visiteurs moins favorisés.

« — C'est du Xérès-Vermouth! fit-il. Si vous ne leur apportiez jamais autre chose, à vos malades, je ne vous tourmenterais pas, car ça leur ferait toujours du bien. »

Je n'ai pas reçu les confidences de M. Félizet, mais j'aime à croire qu'il a été médiocrement flatté d'avoir été choisi par l'industriel plus adroit que délicat pour lui faire patroner sa marchandise.

Vous vous dites sans doute : M. Félizet va lui faire un procès?

Erreur! Hélas! il paraît que la loi n'a pas prévu le cas! Vous n'avez qu'à laisser faire et si vous criez, le marchand vous répondra aimablement que vous êtes un ingrat, car il vous fait de la réclame « à l'œil », et que la chose vaut plutôt de votre part un remerciement qu'un huissier.

Il y a quelques années, un brave homme vint déposer chez moi toute une boîte de suppositoires, avec une lettre m'engageant à en faire l'essai et me promettant de ce seul fait des effets miraculeux sur tous mes organes en général, depuis les cordes vocales jusqu'au cuir chevelu. Un peu plus tard, il vient me relancer, — je crois bien que c'est à la Société de thérapeutique, — et me demande au passage, derrière une porte, ce que je pense de son produit. « Excellent, lui dis-je, excellent : c'est parfait, parfait. » Et je passe. Vouliez-vous pas que je discute?

Un mois après, je recevais à domicile un petit buvard, aux armes du suppositoire X... avec une belle petite notice donnant les noms des médecins qui en faisaient un usage journalier dans leur clientèle... et j'en étais. Je m'y trouvais en bonne compagnie d'ailleurs, avec Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, Huchard, et quelques seigneurs de moindre importance.

J'étais encore naïf à cette époque : je débarquai une heure après, tout rouge, chez le fabricant des cônes perfides. Il était ravi. « De quoi vous plaignez-vous? me dit-il. Prouvez-moi que je vous ai fait un tort quelconque? » Je le menaçai de toutes les foudres du Palais : il ne fit qu'en rire, et il savait bien qu'il le pouvait. Je me renseignai auprès de qui de droit, et je l'appris bien vite. Il faut prouver le dommage ou la diffamation : or il paraît qu'en l'espèce il n'existe ni l'un ni l'autre. Dans ma conscience de sauvage, je m'étais imaginé que mon nom était ma propriété et que le fait d'en faire usage à mon insu était une simple forme du vol, quelque chose d'analogue au faux en écriture. Mais c'était trop simple pour un juge habile, et il paraît que rien n'empêche n'importe quel fabricant de moutarde de mettre mon effigie sur ses pots et d'affirmer sur l'honneur — le sien naturellement — que j'en fais le fonds de mon alimentation.

En tout cas, si, pour un prospectus, on pouvait à la rigueur discuter et courir les chances d'un procès interminable, l'insertion de ladite réclame dans un journal mettait cette fois l'industriel à l'abri de toute répression sérieuse.

Tout cela parce que nous sommes dans un pays de liberté : en Russie, un ukase viendrait calmer le zèle du malin fabricant, mais en France, que diable, nous avons les immortels principes!

C'est-à-dire qu'il faudrait une loi, et bien simple, et bien naturelle, assimilant les affirmations mensongères et les calomnies lancées par voie de la presse, à celles qui sont formulées

devant témoins. Vous n'ignorez pas qu'en France, vous n'avez pas le droit de dire à un repris de justice, devant deux témoins quelconques, que vous n'avez aucune confiance en son honnêteté; la moindre expression indélicate vous coûtera une belle amende, et des frais ! de quoi payer un déjeuner sur l'herbe à toute une étude d'avoué. Mais en revanche, dans un journal tirant à un million d'exemplaires et lu par deux millions de lecteurs, vous pouvez très bien dire à ces deux millions de citoyens que moi, le voisin, le préfet, et surtout le ministre, sommes tous d'adorables fripouilles : parce que cela c'est de la liberté de la presse, l'arche sainte. Il n'y a qu'à saluer.

Donc j'ai bien peur que cette loi ne se fasse attendre quelque temps encore. Avouez aussi que le Parlement a autre chose à faire que de s'occuper de protéger la personnalité morale des particuliers, et à plus forte raison des médecins. Le cas de Cornélius Herz l'intéresse bien plus, et ce cas-là, quoi qu'en pense M. Brouardel, c'est si peu de la médecine !...

Dr Drogène.

BIBLIOGRAPHIE

Le lavage du sang, par le Dr Félix Lejars, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie. (No 3 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*. Masson et Cie, éditeurs. Une brochure in-8o. Prix : 1 fr. 25.)

Sous ce titre de *Lavage du sang*, il faut entendre, en pratique, l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse d'eau salée, ou plus généralement de solutions salines n'altérant pas les globules sanguins. La méthode est fort ancienne; depuis dix-huit mois, elle est redevenue toute d'actualité : les heureux résultats qu'elle a fournis et les nombreux travaux qu'elle a suscités, suffisent à montrer combien elle mérite d'être vulgarisée.

C'est ce travail d'ensemble et de vulgarisation que M. Lejars a voulu faire. Il étudie successivement, avec abondance de détails pratiques, le *liquide d'injection* et la *technique* et s'efforce de prouver que le liquide et l'instrumentation les plus simples sont aussi les meilleurs : plusieurs dessins représentent les divers modes d'injection, les appareils « d'improvisation » et les temps successifs de l'injection intra-veineuse. L'*étude expérimentale* était un préambule nécessaire à l'analyse des faits cliniques : des nombreuses recherches qui ont eu pour objet le lavage du sang, chez l'animal sain, chez l'animal anémié, intoxiqué, infecté, se dégagent, en effet, des données pratiques importantes.

On a utilisé le lavage du sang dans une longue série d'affections; il était utile de départager ces observations, assez souvent disparates, et de chercher à déduire de leur ensemble un certain nombre d'*indications et de « directions pratiques »*. L'auteur passe ainsi en revue les applications de la méthode dans les *Hémorragies*, dans les *Etats de collapsus*, dans les *Intoxications*, dans les *Infections* d'ordre chirurgical et médical : il étudie les doses et le mode d'injection qui paraissent le mieux convenir aux diverses situations et montre les réactions cliniques générales du lavage du sang. L'exposé de quelques accidents observés et des *contre-indications* qui en naissent termine la brochure.

Etude sur les injections mercurielles, par le Dr Maurange (de Paris). (Masson, 1897.)

Voici une brochure destinée à rendre de réels services à tous ceux qui veulent se tenir au courant des progrès de la thérapeutique syphiligraphique.

Les injections mercurielles semblent constituer la méthode thérapeutique la plus efficace, la plus rapide de la syphilis. Les préparations solubles paraissent devoir être choisies de préférence parce qu'elles réduisent au minimum les accidents de la mercurialisation, que leur effet est plus sûr, et qu'elles se prêtent aussi bien à la voie hypodermique qu'à la voie intra-veineuse dont nous ne connaissons pas encore tout l'avenir. Enfin l'auteur croit qu'il y aurait le plus grand intérêt pour les malades à ne pas faire de l'injection mercurielle un traitement d'exception, mais au contraire à en généraliser les applications.

Les contre-indications sont l'albuminurie, sauf celle liée à une lésion syphilitique du rein, l'insuffisance hépatique, le diabète, l'hémophilie, la cachexie générale, les lésions cardiaques, les varices, et surtout le mauvais état de la bouche.

Pendant le traitement il faut exercer une surveillance particulière sur les gencives et les dents ; faute de cette précaution, on va au-devant d'un

échec, dont le médecin dûment prévenu ne saurait charger la méthode.

Résumant une série d'intéressants articles parus dans la *Gazette hebdomadaire*, le travail de M. Maurange est un des plus clairs et des mieux documentés qui aient paru sur la matière. Il sera consulté avec profit non seulement par les syphiligraphes mais par tous les praticiens.

R. Bl.

Les Cures thermales, par G. Delfau, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16, de la Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique, cartonné toile, tranches rouges. (Masson et Cie, éditeurs.) Prix : 4 francs.

Dans un précédent volume de cette bibliothèque, M. Delfau avait décrit les localités thermales, il lui restait pour compléter son œuvre à étudier les cures thermales. Dans ce volume, l'auteur examine d'abord en détail les éléments des cures thermales : la boisson, les bains, les douches, les inhalations..., aux points de vue particulièrement de leur mode d'emploi, de leur action physiologique et de leurs effets thérapeutiques. Il envisage ensuite les agents des cures thermales, c'est-à-dire les eaux minérales successivement dans leur ensemble, puis dans les groupes établis d'après leurs propriétés médicales consacrées par la clinique. Enfin il passe en revue les maladies chroniques tributaires des eaux minérales, états chroniques généraux et affections chroniques des divers organes, et s'attache à déterminer dans quelle mesure ces états morbides si variés peuvent bénéficier d'une cure thermale et quelle est celle dont ils sont justiciables. Pensant que la thérapeutique thermale ne doit pas se traîner dans la paléontologie médicale, M. Delfau a voulu que ce livre fût « au point », et, se gardant de toute exagération, il a tenu compte de toutes les réelles acquisitions récentes de la science.

L'Hygiène du Neurasthénique, par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-16, de la Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique, cartonné toile, tranches rouges. (Masson et Cie, éditeurs.) Prix : 4 francs.

L'hygiène, qui suffirait à prévenir la neurasthénie si elle était rigoureusement appliquée, suffit aussi le plus souvent à la guérir, quand la neurasthénie est susceptible de guérison. Sans vouloir proscrire la thérapeutique médicamenteuse, les auteurs ne craignent pas de dire que l'on a fait aux candidats neurasthéniques ou à ceux arrivés, plus de mal avec les « drogues » qu'on ne leur a rendu de services. Nombreux sont les méfaits des médications dites toniques et reconstituantes, des hypnotiques variés, bref des produits pharmaceutiques dont sont surchargés les traitements plus ou moins bien avisés qui sont entrés dans la pratique journalière. Une bonne hygiène morale et physique, un régime alimentaire bien conçu, des conseils et des encouragements suggestifs font d'habitude plus pour le neurasthénique qu'une polypharmacie souvent inutile et quelquefois nuisible. C'est dire assez l'intérêt de ce livre à cette heure où, à la faveur des progrès de la civilisation, et du surcroît d'activité cérébrale qu'elle entraîne, les névroses sous toutes leurs formes sont devenues si communes.

La femme aux trois grandes périodes de sa vie, puberté, union sexuelle, ménopause. *La puberté chez la femme* étude physiologique, clinique et thérapeutique, par le Dr Ch. Barraud, médecin de la Société des Gens de lettres (pour la section de Luxeuil), lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine, officier de l'Instruction publique, membre correspondant et titulaire des Sociétés anatomique, clinique et d'hydrologie médicale de Paris, et par le Dr Ch. Lefèvre, ancien interne des asiles de la Seine, ancien préparateur à la Faculté de médecine, médecin de la Société des Gens de lettres. Paris, A. Maloine, éditeur. 1 vol. in-18, 4 fr.

Aide-mémoire de chirurgie militaire : Maladies externes et traumatismes professionnels, par le Dr A. Coustan, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires, lauréat de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et du ministre de la Guerre. Paris, J.-B. Baillière, éditeur. 1 vol. in-8° de 300 pages, cartonné, 3 fr.

Le Propriétaire-Gerant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Les prêts d'honneur aux étudiants. — La municipalité de Lille vient de prendre une initiative intéressante, en créant une institution de prêts d'honneur aux étudiants nécessiteux qui désirent aborder les carrières libérales.

Cette décision aurait été motivée par le désir de réagir contre les tendances manifestées depuis quelques années par certains grands personnages universitaires et qui ont pour but d'empêcher le plus possible les jeunes gens sans fortune de se consacrer à des professions où il est nécessaire de faire preuve de connaissances spéciales acquises par de longues et coûteuses années d'études.

C'est pour cela que la municipalité lilloise a voté l'institution des prêts d'honneur aux étudiants pauvres. Ainsi munis du petit pécule nécessaire aux frais d'un premier établissement, les étudiants pourront, par leur travail et leur science, lutter avantageusement contre leurs camarades plus fortunés possédant de par le seul droit de la naissance le capital, qui leur donnait une supériorité indéniable.

Désormais les étudiants de la Faculté de Lille qui en auront besoin pourront adresser des demandes d'emprunt à la municipalité par l'intermédiaire soit d'un professeur, soit d'un doyen, soit du recteur.

Les demandes parviendront d'abord au conseil de l'Université de Lille, et, après enquête, l'intéressé recevra la somme qui lui sera attribuée contre un reçu où il s'engagera sur l'honneur à la rembourser au conseil dès que ses moyens le lui permettront.

La discrétion la plus absolue sera apportée par les commissaires enquêteurs, de telle sorte qu'en dehors du conseil de la Faculté, nul ne connaîtra jamais les prêts consentis et les noms des bénéficiaires.

Emploi de la noix de kola fraîche pulvérisée. — Il vient de paraître dans le commerce, sous le nom de *Kola-Food* (Kola alimentaire) une poudre qui paraît avoir résolu le problème de l'emploi alimentaire de la noix de kola.

Cet aliment ne le cède en rien comme goût au cacao, et possède des qualités beaucoup plus nourrissantes, tout en étant léger à l'estomac, d'une digestion facile, etc. (Résumé du rapport d'analyse, contrôlé par plusieurs laboratoires en France et en Angleterre.)

La *Kola-Food* est une poudre extrêmement fine, d'une couleur chocolat clair. Elle est exempte de toute trace de goût moisi, et le microscope ne relève aucunement la présence du Penicillum ni d'autres champignons microscopiques. Elle contient en alcaloïdes :

3,202 0/0 de caféine;
0,214 0/0 de théobromine;
3,874 0/0 de kolanine;
3,955 0/0 de phosphates, etc.

Ce nouveau produit est un aliment complet, supérieur à tous ceux qui existaient jusqu'à ce jour. C'est le meilleur des antidéperditeurs, et il satisfait aussi bien le système nerveux et le cerveau que l'estomac.

Etant dépourvu de sucre, il constitue un aliment des plus recommandables pour les diabétiques.

La *Kola-Food* se recommande à toutes les personnes qui ont l'estomac malade, aux convalescents, aux affaiblis par la maladie ou les excès, aux neurasthéniques, etc. Enfin, pour tous ceux qui font de la bicyclette, ou qui pratiquent un sport quelconque, elle doit être conseillée comme multipliant les forces musculaires, rendant la tonicité aux organes affaiblis, en même temps qu'elle augmente la résistance aux agents extérieurs.

La *Kola-Food* se prend le matin au petit déjeuner, ou le soir au souper, de la même façon qu'une tasse de cacao au lait ou de chocolat. Sa préparation est facile et son prix peu élevé; la tasse revient à 5 centimes. La boîte pour 50 tasses 2 fr. 50 au public.

Cette spécialité comble une lacune et rend un grand service aux médecins en leur procurant un aliment nouveau, très fortifiant et léger à l'estomac.

On peut se procurer la *Kola-Food* dans toutes les pharmacies et les épiceries de choix. Les Médecins qui désireraient expérimenter le produit n'ont qu'à en faire la demande à M. Maussey, 16, rue du Parc-Royal, à Paris, qui s'empressera de le leur envoyer à titre gracieux.

L'attitude du corps pendant le sommeil. — Les petits chats et les petits chiens dorment enroulés sur eux-mêmes et prennent dans le sommeil la position qu'ils ont avant de naître.

Les bébés, quand on veut bien leur laisser prendre une position naturelle, quand ils ne sont pas emmaillotés ou entourés de couvertures, dorment aussi enroulés sur eux-mêmes. Neuf fois sur dix, d'après le *Medical Record*, les jeunes enfants à qui on laisse le libre mouvement de leurs membres fléchissent leurs membres inférieurs et penchent leur tête entre les bras.

Au-dessus de 4 à 5 ans, la position change. Les enfants se couchent alors sur le côté, les jambes fléchies, et se servent de leurs bras comme d'un oreiller. C'est aussi la position prise par les singes supérieurs dans le sommeil. Ce n'est qu'à un âge plus avancé que les enfants étendent leurs membres dans toute leur longueur pour dormir.

Il y a une attitude qui est propre à l'espèce humaine dans le sommeil. C'est le décubitus sur le dos. Aucun animal ne prend de lui-même cette position pour dormir. Nous connaissons toutes les conséquences désagréables de cette attitude, rêves pénibles, cauchemars, etc.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ablation du corps thyroïde dans le cas de goitre exophtalmique.

Par le Dr Eugène Doyen,

Ancien interne des Hôpitaux.

Dans sa séance du 27 juillet, j'ai présenté à l'Académie deux observations de goitre exophtalmique traité par la thyroïdectomie.

L'opération datait pour le premier cas de deux ans et demi, pour le second de quatre mois. Elles sont donc assez anciennes pour permettre une appréciation exacte des *résultats obtenus*. La guérison est complète.

Je résume brièvement ces observations :

1° Observation d'une femme de 36 ans, Mlle L..., atteinte de goitre exophtalmique très accentué, qui se présente à notre examen en décembre 1894. L'amaigrissement est très marqué. Le sommeil presque impossible.

La malade est devenue d'une impressionnabilité extrême, présente une toux sèche, du tremblement et souffre de suffocations presque continuelles. Le pouls est rapide et bat 160 à 180 fois par minute, le cœur est irrégulier. La tumeur, d'un certain volume, paraît extrêmement vasculaire et plonge sous le sternum.

Cette personne a consulté M. Marie, qui, en présence de l'insuccès de tout traitement médical, a conseillé l'opération. La thyroïdectomie est pratiquée le 8 décembre 1894. Ablation de la tumeur et du reste du corps thyroïde, moins un lobule sain du volume d'une amande. L'opération, sutures comprises, dure dix minutes.

Disparition rapide, en huit à dix jours, des symptômes alarmants. La malade reprend des forces et de l'embonpoint.

Quelques mois après, elle se soumet d'elle-même à un traitement thyroïdien. Les palpitations, l'énervement et l'exophtalmie réapparaissent.

Elle vient nous consulter de nouveau.

Nous faisons cesser cette médication intempestive et tout rentre dans l'ordre.

La guérison s'est maintenue et peut être aujourd'hui, au bout de deux ans et demi, considérée comme acquise.

2° Observation de Mme L..., âgée de 37 ans. Elle a remarqué il y a six ans et demi l'apparition d'une petite tumeur thyroïdienne médiane. Bientôt elle se plaignit d'un senti-

ment de faiblesse progressive, devint irritable, et présenta du tremblement des mains et des crises nerveuses.

L'appétit devint irrégulier, il y avait tantôt de l'anorexie, tantôt de la boulimie, et toujours une soif ardente. Malgré l'abondance des boissons et de l'alimentation solide, la malade, antérieurement assez forte, s'affaiblit et maigrit au point de devenir méconnaissable.

Les palpitations et les intermittences du cœur s'établirent dès la deuxième année. Le pouls, autrefois à 75 ou 80, atteignit, dix-huit mois avant l'opération, 120 pulsations, puis 160 et 180, et devint de plus en plus irrégulier. Ce cas est d'autant plus intéressant que Mme L... est la femme d'un confrère de nos amis. Elle a donc été soignée et observée d'aussi près que possible.

Depuis plus de trois ans nous lui avions proposé l'opération. Elle ne s'y résolut qu'en mars 1897, d'après l'affirmation par M. Marie que l'intervention était urgente.

L'état général, à la fin de mars, était très grave. Le symptôme le moins accentué se trouvait l'exophtalmie, qui avait toujours été très légère.

L'opération eut lieu le 31 mars 1897, et dura, y compris la suture de la peau, douze minutes. La tumeur fut enlevée, ainsi que le reste du corps thyroïde, moins un lobule sain de 12 à 15 millimètres de diamètre.

Au bout de quatre jours le pouls était à 90. Au bout de dix jours à 80.

Tout symptôme grave avait disparu avant la fin de la deuxième semaine.

La malade, que j'ai pu présenter à l'Académie, a repris de l'embonpoint et se trouve en parfaite santé.

Le poids, qui était le 30 mars de 53 kilogrammes, est aujourd'hui de 71, soit une augmentation de 18 kilogrammes en quatre mois.

Ces deux cas sont typiques et nous pourrions en citer d'autres de plus récents.

En somme, chez nos deux malades, l'ablation du corps thyroïde en presque totalité a été suivie de la disparition immédiate et durable de tous les symptômes.

Alors que la guérison semblait acquise, la première malade, bien que privée de son corps thyroïde, s'est donné une nouvelle crise de palpitations, de suffocations et d'exophtalmie en se soumettant d'elle-même à une médication thyroïdienne intempestive. Ces accidents ont disparu par la cessation de tout traitement thyroïdien.

Cette observation est ainsi très démonstrative :

Enlevez un corps thyroïde hypersécrétant et vous guérissez les symptômes du goitre exophtalmique. Soumettez le malade guéri à l'ingestion d'une dose suffisante de corps thyroïde de mouton et vous rétablissez la maladie.

Que faut-il de plus pour conclure à l'origine thyroïdienne pure des symptômes observés?

Et pourquoi, en présence de pareils résultats, vouloir proscrire la thyroïdectomie, pour lui substituer une méthode indirecte, la résection du grand sympathique cervical, qui, si nous en croyons quelques collègues, a plus d'une fois été suivie non seulement d'insuccès complet mais aussi d'une aggravation notable des accidents et même de mort rapide?

La thyroïdectomie est-elle donc tellement grave qu'elle doive effrayer les chirurgiens?

Consultez les 1,200 ou 1,500 observations de Kocher, et vous conclurez avec moi que

l'ablation du corps thyroïde est une des interventions les plus inoffensives qui puissent se pratiquer.

Opérez simplement; proscrivez toute pratique d'hémostase préventive, énucléez rapidement la tumeur, en pinçant exclusivement ce qui saigne et vous terminerez la thyroïdectomie en dix, quinze ou vingt minutes au plus.

N'avons-nous pas bien souvent fait sauter en quelques instants la tumeur hors de la plaie, sans même nous préoccuper de ses artères? Un flot de sang, quelques compresses, les vaisseaux sont liés et la plaie suturée.

Nous admettons que beaucoup de collègues hésitent à tenter pareille manœuvre. Nous ne la pratiquons que pour démontrer, à propos de la thyroïdectomie, comme nous l'avons fait pour l'hystérectomie abdominale, que le sang n'est pas tellement à craindre.

Nous conseillons d'enlever le goitre comme on extirpe une tumeur du sein, vite, simplement et sans crainte comme sans témérité.

Nous proscrivons donc absolument toute opération sur le sympathique cervical. L'avenir d'une telle intervention, dont on n'a pas assez fait connaître les revers, doit être celui des autres méthodes indirectes en chirurgie, telles que la ligature à distance dans les cas d'anévrismes des membres ou de plaies artérielles, et la castration tubo-ovarienne dans les cas de fibromes utérins.

Ces méthodes sont jugées. On extirpe, au niveau des membres, les anévrismes, en liant l'artère au-dessus et au-dessous du sac; on lie dans la plaie même et non plus à la racine des membres l'artère blessée; on pratique l'hystérectomie vaginale ou abdominale, et non plus l'ablation, trop infidèle, des ovaires et des trompes.

La résection du grand sympathique cervical devrait d'ailleurs, pour être recommandable, être à la fois plus efficace et moins dangereuse que la thyroïdectomie. Or nous démontrons le contraire.

Nous sommes prêts à soutenir ces affirmations en pratiquant, chez les malades aggravés par la résection du sympathique cervical, que nous aurons l'occasion d'examiner, la thyroïdectomie. Cette opération faite par notre méthode est absolument inoffensive et ne demande que deux à trois jours de repos au lit.

Action des alcaloïdes de l'opium sur les mouvements péristaltiques.

Par le Dr Zoltan v. Vamossy.

(Recherches faites à l'Institut pharmacologique de Budapest.)

La chimie pharmaceutique s'ingénie sans cesse à obtenir des médicaments aussi purs et aussi facilement dosables que possible, ne produisant aucune action accessoire nuisible, et destinés à remplacer entièrement les drogues complexes dont ils sont tirés. On reconnaît que ce dernier résultat à quelque chance d'être atteint en s'adressant à la pharmacologie expérimentale et à la clinique; on peut ainsi contrôler si le facteur pharmaco-dynamique que la chimie désigne, mérite vraiment cette qualification et si on obtient avec ce facteur tous les effets obtenus avec la drogue dont on l'a extrait.

Sans s'arrêter aux nombreux produits complexes aujourd'hui hors d'usage et remplacés par la substance active qu'ils renferment, nous nous trouvons actuellement encore en présence d'une grande quantité de produits n'ayant pas encore révélé tous leurs secrets aux chimistes et aux pharmaciens et n'ayant pas jusqu'ici été étudiés dans les moindres détails : ces produits occupent encore une large place dans notre thérapeutique.

Parmi ces médicaments nous citerons l'opium, que la morphine n'a pu remplacer jusqu'ici et qu'elle ne remplacera sans doute jamais. Il n'existe certainement pas un médicament qui ait été analysé avec autant de minutie que l'opium, car on en a extrait jusqu'ici environ vingt-six alcaloïdes différents et quantité d'autres substances : la question est cependant loin d'être épuisée. A partir du moment où la drogue fut connue, on ne cessa de la soumettre à des expériences pharmacologiques, et malgré la multiplicité de ces recherches, il n'y a peut-être pas dans la littérature spéciale un sujet qui ait donné naissance à plus d'opinions contradictoires, que l'action des alcaloïdes de l'opium. v. Schrœder (1) chercha à éclairer la question et trouva la cause de ces contradictions dans l'impureté des diverses drogues expérimentées : Claude Bernard (2) lui-même a commis une erreur, le jour où il considéra la narcéine, que tous s'accordent actuellement à trouver entièrement inactive, comme un narcotique supérieur à la morphine. Il est vrai qu'il reconnut plus tard lui-même n'avoir plus jamais rencontré une narcéine aussi active que celle qui servit à ses premières recherches : le fait s'explique très facilement, car la première narcéine qu'il eut entre les mains contenait de la morphine.

Je ne chercherai pas à mettre en lumière l'action thérapeutique totale des alcaloïdes de l'opium : je veux m'en tenir à un seul côté de la question : *Quelle est la cause qui fait que l'opium présente une action inhibitrice des mouvements péristaltiques plus élevée que celle de la morphine?*

Schroff a jadis étudié à fond les différences qui existent entre l'action de l'opium et celle de la morphine, il a même donné à ce sujet des règles précises, mais ses affirmations ont été contredites par les pharmacologistes modernes (3), et la pratique a démontré qu'elles étaient erronées : il faut cependant en excepter un point, à savoir l'action calmante sur le tube digestif. Les travaux de pharmacologie expliquent l'action inhibitrice exercée par l'opium sur le péristaltisme intestinal de deux manières, toutes deux plus théoriques

que pratiques. Pour TAPPEINER les matières colloïdes et résineuses que contient l'opium retardent l'absorption intestinale de la morphine et provoquent ainsi une action plus lente mais plus durable : ce point de vue a été adopté par CLOETTA-FILEHNE dans leur manuel. NOTHNAGEL défend la même opinion, et ajoute que par suite de cette résorption plus lente l'agent actif, la morphine, séjourne dans un secteur étendu du tube digestif et développe une action locale plus marquée. Cette opinion semble en contradiction avec les résultats expérimentaux que cet auteur a enregistrés et avec les conclusions qu'il en a tirées, à savoir que l'action inhibitrice du péristaltisme doit être surtout attribuée à l'excitation qu'exerce la morphine, une fois résorbée, sur les branches de la portion abdominale du grand sympathique. BINZ admet que parmi les nombreux alcaloïdes de l'opium, à action thérapeutique variée, il en existe qui agissent comme la morphine en diminuant l'activité du péristaltisme. Nous retrouvons cette opinion dans le traité de NOTHNAGEL et ROSSBACH.

Parmi ces opinions toutes théoriques, celle dont j'ai parlé en dernier lieu me parut la plus rationnelle : mon chef vénéré, le Pr ARPAD V. BOKAY, avait du reste déjà attiré mon attention sur la papavérine, en lui attribuant *a priori* une action analogue à celle de la morphine sur le péristaltisme. Je pris donc pour sujet de mes recherches l'action des alcaloïdes de l'opium sur les mouvements péristaltiques et j'examinai à ce point de vue la totalité des alcaloïdes actuellement connus comme se retrouvant dans l'opium en proportions appréciables. Mes recherches étaient en grande partie terminées lorsque le travail de LEUBUSCHER (4) : *Untersuchungen über den Einfluss der Opiumalkaloïde auf die Darmbewegungen*, me tomba entre les mains : cette monographie a aussi pour but de déterminer les causes des différences qui existent entre l'action de l'opium et celle de la morphine dans le domaine intestinal : communication en a été faite à la section médicale de la Société d'histoire naturelle et de médecine, à Iéna, en 1892. Ce travail renferme des indications qui m'ont été fort utiles, sur lesquelles je reviendrai en temps et lieu.

Pour avoir un point de comparaison indispensable dans une étude de ce genre, j'instituai en premier lieu des expériences sur la morphine.

MORPHINE

NASSE (5) prétend dans son travail que la morphine en injections intra-veineuses excite le péristaltisme. Mais ses recherches ont été faites sur des intestins exposés à l'air, ce qui peut rendre à raison suspecte l'interprétation des résultats obtenus.

NOTHNAGEL (6) dans ses expériences, faites sur des lapins dont l'intestin baignait dans une solution de chlorure de sodium, a pu reconnaître que la morphine en injections sous-cutanées relevait la tonicité des nerfs inhibiteurs du péristaltisme, mais paralysait cette tonicité à hautes doses (2 à 3 centigrammes par injection). L'action décrite en premier lieu provoque un arrêt des mouvements de l'intestin, qui ne réagit plus qu'aux irritants en applications locales (attouchement avec du sel de cuisine, de l'acide acétique glacial). La morphine à hautes doses au contraire exagère le péristaltisme.

PAHL et BERGGRUN (7) obtinrent les mêmes résultats dans leurs expériences, et la plupart des pharmacologistes acceptèrent ces conclusions. BINZ, par exemple, se rangea à cette opinion, en faisant toutefois remarquer que l'on pouvait facilement émettre l'hypothèse que la morphine, en qualité de narcotique, paralyse les éléments nerveux qui se trouvent en contact direct avec elle, et que la même action se transmet par conséquent aux ganglions qui mettent en jeu le péristaltisme. LAUDER-BRUNTON, CLOETTA et FILEHNE, TAPPEINER, HUSEMANN, etc., partagent ce dernier avis. RABUTEAU attribua à la morphine

des propriétés anexosmotiques, d'où son action constipante. SCHMIEDEBERG, de son côté, admet que la morphine diminue la sensibilité de l'intestin vis-à-vis d'excitations locales.

W. SPITZER (8) modifia en 1891 la théorie de NOTHNAGEL, en admettant que l'action inhibitrice sur le péristaltisme, de l'opium et de la morphine, était probablement due en grande partie à l'augmentation de l'inhibition d'origine centrale, bien que l'irritabilité réflexe en présence d'excitations locales sur l'intestin jouât aussi un rôle. Dans ce travail, l'action des autres alcaloïdes a été aussi étudiée : il résulterait de ces recherches que la codéine, la narcotine, la papavérine et la narcéine se montrèrent, à petites doses, dans des expériences faites sur l'homme, sans action sur l'intestin. JACOBJ (9), dans un travail très bien fait, arrive à des résultats opposés à ceux de NOTHNAGEL et pour certains points à ceux de SPITZER. Il pense que si la section des rameaux du sympathique qui se rendent au plexus solaire provoque une augmentation du péristaltisme, cet effet est dû à l'hyperémie intestinale que cette section provoque. Contrairement aux expériences d'auteurs plus anciens, BRAAM-HONCKGEEST (10) et v. BOKAY (11) ont démontré par des expériences concluantes que l'hyperémie intestinale, qu'elle soit veineuse ou artérielle, détermine des mouvements péristaltiques, ce qui confirme l'hypothèse de JACOBJ. Ce dernier auteur chercha alors à supprimer l'action inhibitrice sur l'intestin tout en évitant la section des troncs nerveux; il obtint ce résultat en procédant à l'extirpation totale des capsules surrénales.

Les capsules surrénales sont reliées, d'après cet auteur, par des troncs nerveux aux branches du sympathique qui exercent une action inhibitrice sur l'intestin, et au plexus solaire : JACOBJ prouva du reste expérimentalement que les capsules surrénales elles-mêmes présentent aussi des ganglions inhibiteurs. Les anatomistes (KÖLLIKER, LEYDIG, LUSCHKA, MŒRS, ZŒSTEN et HOLM) mentionnent du reste l'existence de ganglions nerveux dans le parenchyme des capsules surrénales, mais les données des auteurs sont fort divergentes (voir la *Littérature et Jacobj*, p. 183). L'extirpation des capsules surrénales ne modifie pas la vascularisation normale de l'intestin, mais on voit immédiatement le péristaltisme entrer en action, même chez des animaux affamés présentant un tube digestif entièrement vide. JACOBJ contesta la théorie de NOTHNAGEL quand ce dernier affirme que la morphine en injections hypodermiques à hautes doses paralyse le grand sympathique et excite le péristaltisme. JACOBJ a toujours obtenu des résultats contraires et n'a pas observé de péristaltisme spontané chez des lapins affamés, même lorsque la dose de morphine injectée atteignait 8 centigrammes. Quand on excite le pneumogastrique, les intestins se comportent de même qu'avant l'injection de morphine. Ces résultats ne sont nullement en faveur de l'opinion de NOTHNAGEL (paralysie du grand sympathique sous l'influence des fortes doses de morphine) : JACOBJ en conclut que la première hypothèse de cet auteur manque conséquemment de base. En effet, chez un lapin privé de capsules surrénales, l'excitabilité intestinale provoquée par voie pneumogastrique reste toujours intacte si l'on fait une injection sous-cutanée de morphine. Si, au contraire, la morphine est directement mise en contact avec la muqueuse intestinale, le péristaltisme cesse en premier lieu dans l'anse intestinale en expérience et cet effet se propage ensuite à tout le tractus intestinal : dans ce cas, l'excitation du pneumogastrique ne produit plus aucun mouvement des anses intestinales. Malgré la précision de ces données, JACOBJ s'en tient aux conclusions suivantes : « La morphine et l'opium exercent, sans doute, une *action locale* sur l'appareil nerveux des parois intestinales : il en résulte que les irritations qui excitent d'ordinaire le péristaltisme, restent sans effet. » L'auteur ne donne aucun détail

sur l'appareil dont il suppose l'existence. J. Pohl (12), dans son dernier travail, publie des expériences dont les résultats sont en complète contradiction avec ceux de Nothnagel. Pohl a trouvé, par exemple, qu'en donnant 2 centigrammes de morphine en injection hypodermique à un lapin, l'excitabilité locale du tractus intestinal restait absolument intacte, même lorsque les doses étaient peu à peu forcées jusqu'à 8 centigrammes et que le lapin entrait en agonie : les filets du grand sympathique n'étaient en tout cas pas paralysés, car leur excitation provoquait un arrêt immédiat du péristaltisme. Pohl, pas plus que Jacobj, n'est parvenu à obtenir le second et le troisième stades décrits par Nothnagel (période de péristaltisme exagéré avec paralysie du grand sympathique, suivie de paralysie intestinale totale avec immobilité complète de l'intestin par paralysie du pneumogastrique et des ganglions intestinaux automoteurs). Pohl confirme en dernier lieu l'hypothèse de Jacobj, qui admet que l'action de la morphine doit s'expliquer par l'inhibition exercée sur l'excitabilité de l'appareil nerveux des parois intestinales.

En présence de travaux aussi complets qu'étendus, je n'avais qu'à me borner à répéter les expériences des derniers auteurs dont j'ai parlé. Je fis toutes mes recherches sur des petits lapins rassasiés ou affamés, en utilisant le bain à l'eau salée chaude à 0,6 0/0 que Sanders-Ezu et Braam-Houckgeest (10) ont les premiers recommandé, et que Spitzer, Nothnagel, v. Bokay et enfin Jacobj employèrent à leur tour. J'ai renoncé à endormir les animaux en expérience, car les recherches de Bokay et de Jacobj ont démontré que la narcose exerce une influence marquée sur les résultats obtenus. Je procédai à mes expériences de la façon suivante : injection dans les veines de l'oreille d'un lapin dont l'abdomen ouvert plonge dans le bain salé, de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, après examen préalable de l'état de l'irritabilité de l'intestin vis-à-vis d'excitations locales ou d'excitation du pneumogastrique. Les résultats montrèrent que l'excitabilité locale de l'intestin ne se modifiait pas même après une injection de 2 centigrammes ou de 4 centigrammes de morphine : le contact d'un cristal de chlorure de sodium provoqua chaque fois une action constrictive ondulatoire s'étendant de 1 à 2 centimètres en amont.

Pour contrôler l'état de l'excitabilité générale de l'intestin, je mis à nu le pneumogastrique et l'excitai : cette intervention provoqua chaque fois, chez des animaux rassasiés, des mouvements péristaltiques plus ou moins accusés ; chez les animaux affamés, avec intestin en collapsus, je n'obtenais des mouvements que chez les animaux auxquels j'avais extirpé les capsules surrénales ou sectionné les rameaux grands sympathiques (Jacobj). Il suffisait d'une injection intra-veineuse de 2 centigrammes de morphine pour abaisser dans de notables proportions l'excitabilité intestinale pour une excitation passant par le pneumogastrique : l'excitabilité locale restait intacte. Ces résultats me démontrèrent que la morphine injectée dans les veines n'était pas capable d'exercer, dans les parois de l'intestin, son action locale si importante : j'en excepte cependant l'action de la morphine éliminée par l'intestin ; cette dernière quantité paraît faible. Je m'explique le fait que l'irritation du pneumogastrique provoquait de faibles contractions dans l'intestin, par l'hypothèse de Jendrassik (13) qui considère le pneumogastrique comme un nerf sensitif. *La morphine injectée dans la veine semble pouvoir, par obnubilation des centres, empêcher que l'excitation transmise par le pneumogastrique aux centres, par action centripète, ne soit transmise par voie centrifuge aux intestins et ne provoque des contractions.* Je n'ai jamais observé le second stade de Nothnagel à la suite de l'emploi de doses toxiques de morphine (péristaltisme exagéré combiné à une paralysie du système grand sympathique).

Je passai ensuite à l'extirpation des capsules surrénales (méthode de Jacobj), ce qui provoqua, un seul cas excepté, un péristaltisme spontané immédiat, même chez des animaux affamés avec intestin en collapsus. Dans le cas négatif dont je viens de parler, il semble que l'extirpation de la capsule surrénale gauche ne fut pas complète, à moins qu'il n'y eût quelque anomalie anatomique : il suffit en effet de déchirer le grand sympathique à gauche pour obtenir, à la suite d'une injection à faible dose, le péristaltisme spontané. L'intensité du péristaltisme dû à l'extirpation des capsules surrénales, augmente chez le lapin dans des proportions considérables lorsqu'on excite le pneumogastrique. Dans tous les cas, ces mouvements cessèrent à la suite de l'injection intra-veineuse de morphine; on ne peut par conséquent admettre une augmentation de l'inhibition d'origine centrale dans le sens de Cloetta et Filehne puisque les voies par lesquelles se transmet cette inhibition n'existent plus : les résultats concordent au contraire avec l'hypothèse que nous avons énoncée plus haut. L'excitabilité locale des intestins n'était en rien modifiée ; elle était plus intense même qu'auparavant, puisque chaque fois, par attouchement avec un cristal de sel de cuisine, je provoquai une constriction intestinale s'étendant à 5 à 6 centimètres en amont : ce phénomène s'observait même chez les animaux entrés dans le coma morphinique.

Dans la seconde série de mes recherches, j'introduisis directement la morphine dans la cavité abdominale : j'obtins par ce procédé, dans chaque cas, des résultats identiques à ceux de Jacobj. La première anse qui perdit son excitabilité fut toujours celle qui avait reçu de la morphine : l'excitation locale elle-même ne provoquait aucune réaction, je ne suis cependant jamais parvenu, même avec les plus fortes doses de morphine, à supprimer la constriction locale que détermine l'application d'un cristal de chlorure de sodium : il est donc probable que la morphine ne provoque pas une paralysie intestinale complète, mais ne fait que supprimer l'activité de l'appareil nerveux intestinal, d'où suppression de l'onde antipéristaltique ascendante. Pohl a démontré que les sels de potassium présentent la même propriété : Nothnagel avait exprimé l'opinion que ces derniers n'excitent que la fibre musculaire seule et ne provoquent par conséquent qu'une constriction locale. En excitant chez des animaux privés de capsules surrénales les deux pneumogastriques, l'anse intestinale contenant la morphine restait immobile une à deux minutes après administration de la morphine, tandis que le reste du tube digestif entrait en contraction. Grâce à cette action péristaltique, la morphine était transportée dans d'autres anses intestinales, paralysant au bout de cinq minutes une nouvelle portion d'intestin, pour finir, au bout de cinq à dix nouvelles minutes, par mettre au repos le tube digestif tout entier, malgré de nouvelles excitations exercées sur le pneumogastrique. Je n'ai pu dans ces cas, en pratiquant des attouchements avec le cristal de sel, obtenir davantage qu'une constriction localisée. J'ai attribué à ce sujet une grande importance au fait que *l'excitabilité et la conductibilité de l'appareil nerveux intestinal avaient subi une considérable diminution en présence d'irritations locales.* Je ne crois pas me tromper en admettant que l'appareil nerveux dont l'altération joue ici un rôle se compose de rameaux moteurs et sensitifs, et peut-être même de ganglions inhibiteurs : on pourrait ainsi s'expliquer l'action constipante de petites doses de morphine ou d'opium ne provoquant aucun effet général. Je crois devoir admettre une action narcotique sur les ganglions inhibiteurs, car je considère comme peu probable que la morphine grâce à une action en sens inverse de celle qu'elle exerce en général, exciterait cet appareil nerveux. L'existence de ces ganglions inhibiteurs semble d'ailleurs bien problématique, car la section des rameaux du grand sympathique provoque chaque fois

une exagération de péristaltisme : les intestins semblent donc entièrement échapper à toute action inhibitrice après la section de ces rameaux.

Notre dernière hypothèse explique l'insuccès absolu de l'excitation du pneumogastrique. Il est en effet certain (peu importe à ce propos qu'on considère le pneumogastrique comme un nerf moteur ou comme un nerf sensitif) que *l'excitation qui parcourt la voie centrifuge motrice pour se rendre dans la paroi intestinale, rencontre des terminaisons nerveuses, des ganglions, etc., en état de narcose.* Mais on peut aussi admettre que la morphine introduite dans l'intestin rend les terminaisons sensitives de la paroi intestinale incapables de transmettre une excitation, ce qui annihile toute possibilité d'actions réflexes. En supprimant la cause, l'effet, c'est-à-dire le péristaltisme est supprimé à son tour. Chez l'homme sain ou malade il ne peut, cela va sans dire, être question d'exciter le pneumogastrique : dans les cas de diarrhée (en en exceptant les cas de diarrhée par action psychique), on se trouve en général en présence d'irritations locales avec hyperesthésie. Dans des cas de ce genre, la morphine ou l'opium administrés par voie stomacale ne peuvent agir que localement.

Je dois enfin rappeler l'action spéciale, enregistrée par de nombreux auteurs, des doses toxiques de morphine, c'est-à-dire la diarrhée sanglante. Nothnagel, Cloetta et Filehne invoquent la paralysie du grand sympathique : je rappellerai toutefois à ce sujet que ni Jacobj, ni Pohl, ni moi n'avons observé de péristaltisme intense même à la suite de doses considérables de morphine. Kobert (14) affirme que ce symptôme n'a pas été observé chez l'homme, sauf dans les cas d'intoxication prolongée : c'est surtout chez le chien que cette action spéciale a été décrite. Cloetta accepte ces conclusions et cherche à les expliquer par un certain laps de temps s'écoulant entre le moment où la paralysie du grand sympathique intervient et celle où existe une paralysie totale de l'intestin. Chez l'homme, contrairement à ce qui s'observerait chez l'animal, la paralysie intestinale totale entrerait en scène avant que le grand sympathique ne soit paralysé; de cette façon, même après disparition des facteurs d'inhibition, les mouvements péristaltiques ne pourraient s'effectuer. J'opposerai à cette hypothèse les résultats de Jacobj et les miens; nous n'avons en effet jamais pu observer une paralysie intestinale totale. Les cas d'intoxication non suivis de mort rapide et dans lesquels on observe des selles diarrhéiques sanglantes, sont interprétés de la façon suivante par Kobert : « Il s'agit, dans la seconde phase, de l'élimination de la morphine par la muqueuse intestinale; cette élimination provoque une excitation intense de cette muqueuse, se manifestant par des selles sanglantes. » Plus loin, nous trouvons : « On observe toujours des vomissements. Les matières rendues par les deux extrémités du tube digestif contiennent de la morphine en quantité notable. »

Mes expériences ne concernant que des lapins, ne m'ont donné aucun éclaircissement touchant ce symptôme : je ne puis donc discuter ces explications, me contentant de douter quelque peu, tout en m'inclinant devant l'autorité de Kobert.

Dans mes essais avec l'opium, je n'ai pu, chez le lapin, observer de différences notables d'ordre dynamique entre les deux substances. Après disparition de l'hyperémie peu importante provoquée par l'alcool (je me suis servi de teinture d'opium), l'intestin est resté aussi calme qu'avec la morphine.

Je transcris ensuite les résultats obtenus avec quelques alcaloïdes de l'opium; les expériences ont été faites dans des conditions identiques à celles que j'ai minutieusement décrites à propos de la morphine, avec cette modification que je me suis presque toujours servi de lapins affamés, pour pouvoir obtenir des résultats même dans des conditions normales, avec l'excitation du pneumogastrique.

NARCOTINE

Les manuels de pharmacologie nous enseignent que la proportion de narcotine contenue dans l'opium est celle qui se rapproche le plus de la proportion centésimale de morphine. D'après l'ouvrage de Schneider-Vogel (15), la proportion de narcotine varie, dans l'opium de Smyrne, entre 1, 3 et 7,5 0/0 : l'opium de Perse en contient jusqu'à 9-11 0/0 et l'opium indien contient plus de narcotine que de morphine. Leubuscher (4) prétend, en résumant ses expériences, qu'une quantité de 4 à 6 grammes de chlorhydrate de narcotine, injectée dans la jugulaire, abaisse dans une certaine mesure l'excitabilité de l'intestin (*a*).

Mes recherches m'ont démontré que le chlorhydrate de narcotine en injections sous-cutanées n'influence en rien l'excitabilité de l'intestin en présence d'une excitation venant du pneumogastrique : des doses de 10 centigrammes ne provoquèrent pas, même chez le lapin, d'effet narcotique. En introduisant directement la narcotine dans l'intestin, il se formait instantanément, dans ce milieu alcalin, un précipité, provoquant l'apparition, dans l'anse intestinale en expérience, d'une teinte blanc jaunâtre accusée. Je n'ai pu introduire de l'acide chlorhydrique dans l'anse intestinale, car cet acide provoque par lui-même une injection intense et des mouvements péristaltiques. L'addition de quelques gouttes d'alcool ne modifiait pas la situation : j'observai en revanche qu'au bout d'une demi-heure, la coloration blanchâtre intense de l'intestin s'atténuait et finissait par disparaître. Je conclus à une résorption lente de l'alcaloïde, et je me décidai à ne rechercher l'excitabilité de l'anse en expérience qu'au bout d'un certain temps.

La narcotine, employée localement, ne produit pas d'effet durable sur l'irritabilité intestinale. Il m'est arrivé parfois de constater une légère diminution dans l'irritabilité (onde constrictive rapide par action du cristal de chlorure de sodium, ou simple constriction localisée), mais ce signe s'est montré si peu constant, que nous pouvons affirmer que *la narcotine n'abaisse que faiblement l'excitabilité réflexe de la paroi intestinale, et qu'elle ne possède aucune action inhibitrice du péristaltisme.*

PAPAVÉRINE

L'opium de Smyrne contient en général environ 1 0/0 de papavérine, rarement davantage (Schneider-Vogel, Kobert). Schœder a observé que toutes les doses toxiques (pour le lapin, 5 centigrammes par voie stomacale) provoquent des diarrhées qui persistent parfois plusieurs jours.

Leubuscher, à propos de son action sur l'intestin, trouve qu'elle se rapproche plus que les autres alcaloïdes de l'action de la morphine. Son action, sans être aussi prompte

(*a*) Je ferai remarquer à ce sujet que les sels très solubles d'alcaloïdes, introduits dans un milieu alcalin (le sang par exemple) sont instantanément précipités : il n'est donc pas possible d'obtenir un dosage exact par injection intra-veineuse, à cause des embolies qui se produisent. En injectant 1 à 2 centigrammes d'un sel de papavérine, de narcotine ou de narcéine dans la veine auriculaire, mes animaux étaient pris de suite de convulsions et succombaient souvent ; je ne puis m'expliquer ce phénomène que par la formation d'embolies dues à la précipitation de petits cristaux.

ou aussi infaillible, est suffisamment intense. L'injection de 1 à 2 grammes provoqua du coma sans modifier pour ainsi dire les mouvements péristaltiques.

Ayant observé que mes animaux, sous l'influence d'une injection intra-veineuse de 2 grammes de chlorhydrate de papavérine, succombaient de suite en présentant des convulsions, je n'utilisai plus que la voie sous-cutanée ou l'introduction directe dans une anse intestinale. Mes résultats furent variables, mais il est certain que la papavérine provoque une inhibition du péristaltisme qui rappelle celle de la morphine, tout en ne pouvant être comparée au point de vue de l'intensité, à celle que produit cette dernière.

A la suite d'une injection hypodermique de 2 à 5 grammes de sel de papavérine, des lapins pesant entre 700 et 900 grammes étaient narcotisés au bout d'un quart d'heure, mais une excitation du pneumogastrique provoquait l'apparition de mouvements péristaltiques à peine moins intenses qu'à l'état normal : il arriva cependant, dans quelques cas, que l'excitabilité locale de la paroi intestinale était déjà diminuée à ce moment. Cette diminution se montrait nettement dans certains cas; en effet, en introduisant le sel de papavérine dans une anse intestinale placée entre deux ligatures permettant la conservation de la circulation sanguine dans son intégrité, j'observais que l'anse en expérience ne prenait aucune part aux mouvements provoqués dans le reste de l'intestin par l'excitation du pneumogastrique. En touchant l'anse en expérience avec un cristal de chlorure de sodium, je provoquais une constriction localisée, mais durable. Après extirpation des capsules surrénales la papavérine injectée sous la peau ou introduite dans une anse intestinale ne parvint jamais à enrayer le péristaltisme provoqué par excitation du pneumogastrique. J'obtins dans ces conditions, dans l'anse en expérience, une contraction s'étendant à 2 ou 3 centimètres avec le cristal de chlorure de sodium, alors que dans un intestin normal cette constriction s'étend sur 4 à 5 centimètres. Si, d'un autre côté, la papavérine séjourne pendant un certain temps, une heure par exemple, dans une anse intestinale, cette dernière se montre peu à peu plus excitable, plus sensible aux irritations et plus vascularisée; ce phénomène semblerait concorder avec l'explication que Kobert donne de l'apparition de diarrhées dans certains cas d'intoxication. Il me paraît par conséquent que Leubuscher a raison d'admettre que la *papavérine ressemble beaucoup à la morphine au point de vue de son action sur le péristaltisme :* je ne puis cependant partager son optimisme, quand il pense qu'on pourrait utiliser cette propriété en thérapeutique, *parce que son action est trop instable.*

THÉBAÏNE

On trouve en moyenne 1 0/0, quelquefois moins, de thébaïne dans les opiums de Smyrne, de France ou des Indes (Schneider-Vogel, Kobert). Pour Leubuscher, ce produit augmente le péristaltisme et ne l'enraye pas : je ne puis que souscrire à cette opinion.

La thébaïne injectée dans l'intestin provoque de suite des contractions dans l'anse en expérience, et cela avant qu'aucune action générale ne puisse s'effectuer. Les constrictions annulaires sont surtout accusées, elles rappellent les contractions observées dans l'iléus; la réaction provoquée par le cristal de chlorure de sodium est fort intense : le lapin meurt au bout de quinze à trente minutes en présentant des convulsions. *La thébaïne augmente en conséquence l'excitabilité intestinale, et provoque même un péristaltisme intense.*

NARCÉINE

Se trouve dans l'opium de Smyrne dans la proportion de 1 à 7 0/0 (SCHNEIDER-VOGEL). LEUBUSCHER n'obtint avec la narcéine aucun résultat, au point de vue de l'inhibition du péristaltisme. En injections hypodermiques tièdes, aux doses de 2 à 6 centigrammes, le chlorhydrate de narcéine ne produirait chez le lapin aucune narcose ni aucun effet sur l'excitabilité intestinale. En l'introduisant directement dans l'intestin, j'obtins des résultats tout à fait incertains et inconstants, semblables à ceux que me donna la narcotine : je crois pouvoir en conclure que la valeur thérapeutique de ces deux alcaloïdes est la même. *On ne peut donc pas non plus prétendre que la narcéine agisse dans l'opium en augmentant l'inhibition du péristaltisme, dans le même sens que la morphine.*

CODÉINE

La codéine se trouve dans les opiums de Smyrne, de France et des Indes dans la proportion de 2 à 4 0/0 (SCHNEIDER-VOGEL). SCHRŒDER a déjà fait ressortir que les intoxications par cette substance provoquent des modifications caractéristiques dans l'intestin : d'autres auteurs ont confirmé ses vues. B. FALK (16) par exemple, au cours de ses recherches toxicologiques, vit chaque fois apparaître la diarrhée, et SCHRŒDER trouva que des chiens, aussitôt qu'ils ont reçu des doses convulsivantes de codéine sous la peau, présentent rapidement de la diarrhée : ce résultat s'obtient plus lentement chez le lapin, mais il ne manque jamais ; si la dose dépasse 3 centigrammes, les animaux sont atteints de diarrhées pendant plusieurs jours. Chez l'homme, rien de pareil n'a été observé (sauf quand les doses sont toxiques), mais il est en tout cas avéré que la codéine n'a jamais provoqué de constipation.

D'après LEUBUSCHER la codéine en injections hypodermiques n'exerce aucune action sur le péristaltisme.

Mes essais ont démontré que de petites doses de codéine en injections sous-cutanées, capables tout au plus de produire un effet narcotique, n'ont aucune influence sur l'excitabilité intestinale. Si au contraire la dose est assez forte pour provoquer une augmentation de l'excitabilité réflexe en général, les conditions se modifient dans la région intestinale et la sensibilité aux excitations s'exagère : dans un cas j'observai même du péristaltisme spontané. Introduite directement dans l'intestin, la codéine exagère instantanément pour ainsi dire l'irritabilité de l'anse en expérience ; en général elle provoque même alors du péristaltisme spontané. Au bout d'un certain temps, l'anse en expérience retombe dans un calme relatif.

On peut donc affirmer que la codéine exagère l'excitabilité intestinale.

CRYPTOPINE, LAUDANINE

Ces deux alcaloïdes n'apparaissent dans l'opium qu'à l'état de traces pour ainsi dire, mais comme, malgré cela, ils constituent les plus connus des alcaloïdes se trouvant dans l'opium en quantités minimes, je les ai aussi soumis à l'expérimentation. Tous deux sont des poisons convulsivants, car le stade narcotique qui précède la période convulsive est si peu marquée qu'il rentre tout à fait dans l'ombre devant le stade de l'irritation.

LEUBUSCHER n'institua aucune expérience avec ces produits.

Mes essais m'ont démontré que ces deux alcaloïdes *augmentent l'excitabilité de l'intestin ;* on pouvait s'attendre à ce résultat, étant donnés ceux obtenus avec les autres alcaloïdes convulsivants. L'injection sous-cutanée provoque avec la laudanine seule des phénomènes d'excitabilité de cet ordre ; cette substance donne même naissance à une constriction du tube intestinal quand on la met directement en présence de ce dernier. La laudanine possède une action beaucoup plus énergique que la cryptopine ; les expériences sont d'ailleurs difficiles à bien diriger, car les convulsions tétaniques apparaissent rapidement et dominent la scène.

Je rappellerai en terminant que les alcaloïdes utilisés provenaient d'une des grandes fabriques de produits chimiques de l'Allemagne ; je ne me suis cependant pas contenté de la garantie de la maison en question et ai repris l'analyse chimique des alcaloïdes livrés : je reconnus qu'ils étaient tout à fait purs. Il me parut surtout intéressant de reprendre, après Jacobj, la question de l'action des capsules surrénales : je fus d'autant plus entraîné dans cette voie que même aujourd'hui, c'est-à-dire six ans après la publication du travail de Jacobj, la physiologie ne semble pas encore avoir enregistré l'action inhibitrice que les capsules surrénales exercent sur le péristaltisme intestinal. Dans un travail très important, paru tout dernièrement, et traitant du rôle physiologique des capsules surrénales (17), l'auteur se borne à constater que ces capsules constituent des glandes qui sécrètent un suc nécessaire à la conservation de l'existence ; il passe sous silence la richesse en éléments nerveux et l'action inhibitrice sur le péristaltisme. Il semble donc urgent que l'étude des capsules surrénales soit reprise à ce point de vue, et qu'on détermine exactement l'influence que ces organes exercent sur le tube digestif.

Mon travail a donc donné des résultats négatifs au point de vue de la question que je m'étais posée : *L'opium en effet ne doit pas son influence favorable sur l'intestin à la présence des alcaloïdes accessoires qu'il peut contenir.* Il est en outre de la plus haute importance de constater que les expériences physiologiques ont démontré que l'influence sur le péristaltisme tient, pour la morphine, à une action locale. Il n'est pas impossible qu'on arrive, par les méthodes aujourd'hui courantes de la pharmaco-histologie, à démontrer l'exactitude de ces résultats par un procédé de recherches tout différent (*b*).

LITTÉRATURE

1. V. Schrœder, *Arch. für exp. Pathol. und Pharm.*, Bd. XVII. — 2. Cl. Bernard, *Comptes rend.*, LIX. — 3. Nothnagel-Rossbach, *Arzneimittellehre*, 1894. — 4. Leubuscher, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892. — 5. Nasse, *Beiträge zur Physiologie der Darmbewegung*, Leipzig, 1866. — 6. Nothnagel, *Virchow's Archiv*, LXXXVIII, 1884 ; *Beiträge zur Physiol. u. Pathol. des Darmes.* — 7. Pahl und Berggrun, *Arbeiten aus dem Instit. f. allg. und exp. Pathol.*, in Wien, 1890. — 8. W. Spitzer, *Virchow's Archiv*, CXXIII, 1891. — 9. Jacobj, *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm.*, XXIX, 1891. — 10. Braam-Houckgeest, *Pflüger's Archiv*, VI, 1872. — 11. v. Bókay, *Arch. f. exp. Pathol. und Pharm.*, XXIII. — 12. J. Pohl, *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm.*, XXXIV, 1894. — 13. E. Jendrassik, *Magyar Orvosi Archivum*, V, 1896, 1, H. — 14. Kobert, *Lehrbuch d. Intoxic.*, 1893, S. 555. — 15. Schneider-Vogl, *Comm. z. österr. Pharmak.*, II, B. 1892, S. 430. — 16. Falk, *Deutsche Klin.*, 1869 u. 1870. — 17. Dr. L. Szymonowich, Function der Nebenniere, *Pflüger's Arch.*, Bd. LXIV.

(*b*) *Deutsche med. Wochenschrift*, 15 juillet 1897.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement du tétanos par le sérum antitétanique. (*Acad. de médecine*, 20 juillet 1897.) — M. Nocard rappelle que Behring et Knorr avaient annoncé avoir trouvé un sérum antitétanique curatif pour le cheval à la dose de 5 grammes de substance solide. Ce sont ces résultats qu'il a cherché à vérifier.

Relativement à la toxicité de la toxine tétanique, l'auteur a constaté qu'avec la dose de 6 milligrammes de la toxine tétanique employée on tue un cheval. Les premiers symptômes apparaissent quelquefois le cinquième jour, le plus souvent le sixième jour, quelquefois le septième. Les animaux meurent toujours.

Il était alors facile, ces résultats acquis, de chercher la valeur de l'antitoxine. Les expériences ont porté sur 33 chevaux réformés; ces animaux reçurent 6 milligrammes de toxine tétanique. On attendit l'apparition des premiers accidents, puis on leur injecta 5 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur dans les veines. Ils moururent comme les témoins.

Donc, si on injecte l'antitoxine tétanique de l'Institut Pasteur au début des premiers accidents tétaniques, il est impossible d'arrêter l'évolution de la maladie. Il en est de même avec le sérum de Hœchst.

Mais il y a plus, si on injecte l'antitoxine vingt-quatre heures avant le début des accidents tétaniques, qu'il est facile de prévoir, puisqu'ils surviennent régulièrement le sixième jour après l'inoculation, cette injection, même à dose élevée et intra-veineuse, n'arrête en rien l'évolution de la maladie.

Si l'injection est faite quarante-huit heures avant le moment de l'éclosion des accidents, toujours à haute dose et dans les veines, l'animal ne présente pas d'accidents tétaniques.

Mais si on injecte peu après l'injection de toxine tétanique le sérum antitétanique, même à petite dose et sous la peau, l'animal n'a pas le tétanos.

On peut donc conclure pratiquement de ces expériences que le sérum antitétanique n'exerce aucune action sur les accidents tétaniques dès qu'ils ont apparu, mais qu'il a une action préventive absolue.

Selon M. Nocard le traitement curatif du tétanos est encore à trouver. Ce n'est pas une raison pour abandonner le traitement du tétanos par le sérum. C'est encore le meilleur mode de traitement. Il diminue notablement l'intensité des crises. Il est surtout utile lorsque la porte d'entrée ne peut être trouvée. Dans ce cas l'éradication du point lésé ne peut être pratiquée et alors le microbe continue à fabriquer en ce point les toxines tétaniques. Or le sérum antitoxique peut alors les détruire au fur et à mesure de leur production.

En résumé l'action préventive du sérum antitétanique est toute-puissante, l'action curative n'est que partielle et jamais absolue.

R. Blondel.

Indications et mode d'emploi du sérum antidiphtérique, par Aviragnet et Apert. (*Gazette des hôpitaux*, n° 83, 24 juillet 1897.) — [Bien qu'il ait été souvent question dans la *Revue* des injections de sérum, nous croyons cependant devoir résumer le travail d'Aviragnet et Apert, parce qu'il contient des indications précises relativement aux modifications que l'expérience a permis jusqu'à ce jour d'apporter dans la technique et l'emploi de ces injections.]

On sait que l'injection se pratique avec la seringue de Roux, qu'on la fait généralement sur les flancs, après avoir pris les précautions antiseptiques d'usage (lavage de la peau à l'eau chaude et au savon, puis à l'alcool et à la liqueur de Van Swieten, stérilisation des instruments) et que l'on n'observe jamais aucune réaction locale.

Les effets généraux de l'injection sont excellents : rapidement les petits malades perdent l'apparence cachectique, le teint pâle et plombé; ils demandent à manger. Quant aux effets locaux ils consistent dans le décollement de la

fausse membrane qui se flétrit, se ride et se décolle d'elle-même au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

En même temps que la gorge se nettoie, les ganglions diminuent. S'il existait de l'albumine, elle ne tarde pas à disparaître. La mortalité, de 50 0/0 avant l'emploi des injections de sérum, est tombée maintenant à 16 0/0.

L'injection de sérum doit être faite dans tous les cas de diphtérie, mais comme il existe des angines à fausses membranes non diphtéritiques, l'examen des cultures sur sérum est toujours nécessaire. On ensemence deux tubes avec un fil de platine avec lequel on a touché le fond de la gorge du malade et l'on place les tubes dans l'étuve à 36°.

La culture doit être examinée vingt-quatre heures environ après l'ensemencement. Deux cas peuvent se présenter :

1° Il n'a poussé en vingt-quatre heures aucune colonie. En ce cas, il est certain qu'il n'y a pas diphtérie (le bacille de Lœffler apparaissant au bout de dix-huit à vingt heures);

2° Il a poussé de petites colonies arrondies, blanc grisâtre, dont le centre est plus épais que la périphérie. L'examen microscopique démontre que ces colonies sont formées de bacilles qui prennent le Gram. Ces bacilles sont droits ou légèrement courbés; leur dimension varie; il y a des bacilles longs, il y en a de moyens, il en existe de courts. Ces caractères sont ceux du bacille de Lœffler. Toutefois il importe de savoir s'il s'agit du véritable bacille de la diphtérie ou bien d'un bacille pseudo-diphtéritique. Pour avoir une certitude absolue il faudrait inoculer un cobaye. Certains bacilles en effet donnent sur sérum les mêmes cultures que le bacille de Lœffler, mais inoculés aux cobayes, ils n'amènent aucun désordre ou produisent seulement un peu d'œdème.

On discute pour savoir si ces bacilles inoffensifs pour le cobaye sont des bacilles de Lœffler atténués ayant perdu leur virulence, mais néanmoins justiciables du sérum, ou bien s'ils sont spécifiquement différents du bacille de Lœffler. Le doute n'est permis que pour les bacilles courts, car les deux premières variétés sont toujours virulentes. S'il est certain que le bacille diphtérique, même virulent, peut prendre la forme courte, il est non moins certain que le bacille court n'est pas toujours en rapport avec une diphtérie vraie (Sevestre). Spronck (d'Utrecht) a isolé un bacille court qui donne de l'œdème, sur lequel le sérum n'a aucune action. Louis Martin a observé par contre un bacille court sûrement diphtérique bien qu'il donnât seulement de l'œdème; ce bacille provenait d'une culture de bacille diphtérique long, vieille de huit mois; inoffensif pour le cobaye, il tuait le moineau, mais les moineaux traités par le sérum résistaient. Veillon et Hallé distinguent quatre espèces de bacilles pseudo-diphtériques.

En somme, il est prouvé que bien des bacilles courts, déclarés diphtériques, ne le sont pas (Lemoine, Barbier), mais il est non moins démontré qu'un bacille diphtéritique peut être court. Comme il n'existe pas de moyen pratique de distinguer les bacilles pseudo-diphtériques d'avec les diphtériques vrais (l'inoculation seule fait la distinction), il faut injecter le sérum toutes les fois qu'il pousse, en moins de vingt-quatre heures, dans les tubes mis à l'étuve, de petites colonies blanches formées de bacilles en biscuit, se colorant par la méthode de Gram. Les bacilles courts doivent, en pratique, être considérés comme des bacilles de Lœffler.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DES INJECTIONS DE SÉRUM EN CAS D'ANGINES

1° *Angines n'ayant pas cliniquement l'aspect de la diphtérie.* — Ce sont les angines pultacées, folliculaires, herpétiques. Dans ces cas l'abstention s'impose, néanmoins l'ensemencement de l'exsudat doit être fait; M. Dieulafoy a démontré que certaines angines folliculaires ou bien à formes herpétiques, même accompagnées d'une éruption de vésicules sur les lèvres, étaient diphtéritiques et pouvaient exposer aux mêmes accidents que les angines diphtéritiques pseudo-membraneuses.

2° *Angines à fausses membranes.* — Ici encore il ne faut pas d'emblée injecter dans tous les cas. On ne doit injecter que si l'angine affecte des allures d'angine grave, surtout si on n'est appelé que trois ou quatre jours après le début de l'affection.

Quand on n'est appelé *a fortiori* que cinq ou six jours après le début, il faut encore injecter, car une angine qui au cinquième ou sixième jour n'entre pas franchement en résolution n'est pas une angine bénigne. Temporiser serait exposer le malade à des accidents graves.

Alors même que le début est récent (un ou deux jours), il faut injecter si le malade est gravement atteint (fausses membranes très étendues et exhalant une odeur fétide, jetage purulent par les narines, cou proconsulaire, abattement, respiration et pouls précipités, etc.).

On doit enfin injecter s'il s'agit d'une angine à fausses membranes blanches, épaisses, saillantes, formant sur chaque amygdale une tache à bords nets (tache de bougie). On fera l'injection bien qu'il y ait peu de fièvre, peu ou pas de ganglions, car cette angine est la forme ordinaire de l'angine diphtérique pure qui guérit si bien par l'injection de sérum.

Par contre s'il s'agit d'une angine à forme lacunaire, qui peut être diphtérique, on doit attendre le résultat de l'examen bactériologique, car cette angine ne prend jamais une marche rapidement grave.

En cas de laryngites. — Deux cas : ou bien il existe en même temps une angine avec exsudat, ou bien la laryngite existe seule.

Dans le premier cas, la coexistence de l'angine et de la laryngite est tellement en faveur de la diphtérie qu'il faut injecter sans tarder.

Dans le second cas, il faut encore injecter hâtivement, car l'intérêt d'une intervention hâtive dans le croup diphtérique est tel qu'en face d'un cas de croup, il faudra toujours faire l'injection hâtive, sans se préoccuper de la possibilité d'un croup non diphtérique.

En cas de faux croup, il ne faut pas faire d'injection hâtive, mais on fera l'ensemencement du larynx. Il arrive, en effet, que des laryngites ayant débuté, comme la laryngite striduleuse, c'est-à-dire brusquement, au milieu de la nuit, et accompagnées de toux rauque, plutôt qu'éteinte, sont néanmoins de nature diphtérique.

Posologie du sérum. — Cas bénins : 5 à 10 centimètres cubes, suivant l'âge. Cas plus graves : 10 à 20 centimètres cubes.

On s'en tiendra à la première injection si la fièvre tombe, si la gorge se déterge (et quelquefois elle met quatre à cinq jours à se déterger). Une nouvelle injection ne deviendrait nécessaire que si, au bout de ce temps, les fausses membranes existent toujours, et surtout si, après s'être abaissée, la température a tendance à s'élever.

Dans les cas graves il ne faut pas craindre d'agir ; d'emblée on injectera 10 à 20 centimètres, et douze heures après on fera une nouvelle injection s'il n'y a aucun changement ; puis nouvelle injection encore le lendemain.

Les doses massives et les injections répétées doivent être réservées aux cas très graves ; pour les cas moyens, les doses légères sont suffisantes. Une dose de sérum disproportionnée avec l'âge et la force de l'enfant est plus nuisible qu'utile. Une deuxième injection trop forte et trop rapprochée de l'injection primitive a provoqué, dans plusieurs cas, de l'hyperthermie (40°). (Sevestre et Meslay.)

Injections préventives. — L'action préventive du sérum n'est pas douteuse, mais il est inutile d'exposer quelqu'un aux inconvénients du sérum, alors que rien ne prouve qu'il doit prendre la diphtérie. D'ailleurs l'immunité due au sérum est de courte durée (quatre à cinq semaines) ; celui-ci ne peut donc aucunement être employé à la façon d'un vaccin.

G. Lyon.

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Valeur de la diète carnée cachexive dans certains cas de goutte chronique. (*Société médicale de Londres*, 26 avril 1897.) — W. Armstrong traite depuis cinq ans environ ses malades gravement atteins de goutte et de lithiase rénale par l'administration prolongée de viande préparée au goût du malade, et l'ingestion d'eau chaude. Toute autre alimentation est supprimée : l'auteur croit, en effet, que la viande en elle-même ne favorise pas la formation d'acide urique en excès, mais bien les combinaisons chimiques qui se produisent entre elle et les hydrocarbures. Les résultats observés ont été l'amaigrissement, une augmentation marquée des urates, des alcaloïdes et des toxines dans l'urine, suivie bientôt d'une diminution considérable de ces éléments. Les articulations gonflées diminuent notablement de volume, les douleurs disparaissent et la mobilité articulaire augmente ; l'activité vitale, l'aptitude au travail intellectuel et manuel subissent une notable impulsion. Les troubles digestifs si fréquents chez les arthritiques font place à des digestions tout à fait normales, les toxines alimentaires étant facilement éliminées par l'administration d'eau chaude.

Le traitement, pour être efficace, doit être suivi avec une rigueur extrême : il sera, par conséquent, réservé aux cas les plus graves et surveillé avec soin.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce travail, on a fait ressortir que c'était sans doute à l'abstention d'amylacés, de sucre et d'alcool, plutôt qu'à l'ingestion de viande, qu'étaient dus les succès enregistrés par Armstrong.

E. Vogt.

Le salophène dans le traitement du rhumatisme articulaire, par Galliard. (*Presse médicale*, n° 56, 10 juillet 1897.) — C'est surtout dans le rhumatisme polyarticulaire aigu qu'il convient d'étudier l'efficacité du salophène. Ce médicament est susceptible de supprimer la douleur, de combattre la tuméfaction, de faire disparaître l'état fébrile, de conjurer les déterminations viscérales.

On doit l'administrer d'emblée, chez l'adulte, à la dose quotidienne de 6 grammes, par prises d'un gramme dans du pain azyme.

Les malades de Galliard l'ont toujours bien

supporté; pas de malaises, pas de nausées, pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreilles. Dans un seul cas il a paru entretenir l'agitation quavait suscitée le salicylate de soude précédemment prescrit. Il stimule parfois la diaphorèse.

Il n'a pas donné les résultats merveilleux que fournit chez quelques rhumatisants aigus le salicylate de soude. Galliard le croit donc un peu moins rapidement efficace que le salicylate de soude à dose égale.

G. Lyon.

Traitement hydrargyrique du rhumatisme blennorrhagique. (*Cercle médical de Bruxelles*, séance du 2 juillet 1897.) — M. Wicot rapporte l'observation d'un cas de rhumatisme blennorrhagique ayant débuté huit jours après la guérison d'une urétrite aiguë; successivement, plusieurs articulations des pieds furent entreprises, et cinq mois plus tard, l'affection, malgré les nombreux traitements mis en usage, restait localisée à l'une des articulations tibio-tarsienne.

L'administration du sirop de Gibert amenait déjà, au bout de trois jours, une notable amélioration et en moins d'un mois la guérison était définitive.

R. Blondel.

Quelques considérations sur les urémies et leur traitement, par Huchard. (*Journal des Praticiens*, n° 20, 17 juillet 1897.) — M. Huchard décrit une forme d'urémie dont il s'est occupé à de nombreuses reprises, celle que l'on observe chez les malades atteints de sclérose cardio-rénale avec ou sans albuminurie. Dans ce cas, lorsque l'albumine est constatée, elle est le plus souvent, au début du moins, très peu abondante : 5 à 20 centigrammes au plus par jour. Il s'agit le plus souvent d'un *faux* valvulaire, âgé de 50 à 60 ans, avec un souffle systolique parfois intense à la pointe du cœur ; la dyspnée s'est installée depuis longtemps déjà et l'on a trop souvent tendance à l'attribuer à la congestion passive des deux bases pulmonaires lorsqu'il y a en même temps quelques signes d'hyposystolie. Mais le souffle mitral n'a qu'une importance très secondaire, l'insuffisance auriculo-ventriculaire n'a que peu de valeur, le malade étant mitral par le souffle et aortique ou artériel par la maladie. Il peut s'agir encore d'un arythmique atteint de la même dyspnée, et la digitale dont on abuse alors ne peut rien contre cette boiterie cardiaque désormais irrémédiable. Dans les deux cas, la maladie semble être seulement au cœur, mais le danger est au rein.

Il est au rein, car si l'on soumet le malade au régime lacté exclusif, on voit disparaître en quelques jours d'une façon certaine tous les symptômes dyspnéiques que l'on avait tendance d'attribuer d'abord à l'insuffisance du myocarde et à la congestion pulmonaire concomitante.

Si l'on connaît très bien les bons effets du régime lacté, aidé ou non de la théobromine, on connaît moins les mauvais de l'alimentation; si, après quelques semaines, on fait manger de la viande au malade, on ne tarde pas à voir survenir les mêmes accidents dyspnéiques, de sorte que l'on peut créer ainsi une véritable dyspnée expérimentale au lit du malade. Là est le danger; il est presque exclusivement dans l'alimentation carnée et la dyspnée mérite bien les noms de toxique, ptomaïnique ou mieux de toxi-alimentaire que lui a donné M. Huchard.

La médication par le régime alimentaire ne s'adrese pas seulement à un symptôme, la dyspnée, elle vise encore le traitement de la maladie. M. Huchard est convaincu que dans les aortites, les cardiopathies artérielles et l'artério-sclérose généralisée, le régime alimentaire forme la base de la médication, et que sans lui, les iodures dont on abuse bien souvent, n'ont qu'une action très limitée et même douteuse.

Pour remédier à l'affaiblissement qui peut résulter de l'usage prolongé du régime lacté, M. Huchard prescrit la théobromine qui est un tonique musculaire, et ordonne trois fois par jour un verre à bordeaux de bon vieux vin avec de l'eau d'Evian. Il ajoute du chlorure de sodium à l'alimentation et soumet les malades à un repos relatif.

Comme l'intoxication alimentaire peut persister pendant des mois et des années, on ne peut continuer l'alimentation lactée dans sa rigueur absolue, pendant tout ce temps. M. Huchard prescrit le régime lacté exclusif pendant huit jours, puis le régime lacté mitigé pendant huit autres jours : 1 litre et demi à 2 litres de lait par jour, légumes de toutes sortes, quelques fruits, peu de viande et jamais le soir. (Eviter : viandes faisandées et peu cuites, viandes en excès, fromages faits, gibier, conserves alimentaires, poissons de mer, bouillons et potages gras en excès, etc.)

Chez le malade atteint de sclérose rénale ou cardio-rénale, il arrive un jour où la langue devient saburrale, où des fermentations gastro-intestinales se produisent, caractérisées par du météorisme abdominal, une tendance à la diarrhée fétide. Ce n'est pas encore l'urémie, et ce n'est encore que de l'intoxication gastro-intestinale. Le traitement consiste alors en quelques purgatifs, lavages de la bouche, lavages d'estomac, lavements copieux (entéroclyse), injections sous-

cutanées plus ou moins abondantes (500 grammes au moins par jour) de solutions salines.

Puis arrive, à la fin de la maladie, l'urémie endogène, par auto-intoxication multiple. Dans ce cas il est indiqué de prescrire non pas les purgatifs salins qui sont souvent insuffisants, mais des drastiques (scammonée, eau-de-vie allemande, huile de croton). M. Lancereaux ajoute qu'il ne faut pas se contenter de prescrire une fois ces divers purgatifs, mais plusieurs jours de suite à doses élevées, parce que pour éliminer du sang les matières excrémentitielles qui y sont retenues, pour combattre avantageusement l'urémie en un mot, il faut non seulement purger, mais produire une superpurgation.

G. Lyon.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement du cancer du rectum. (*Société de chirurgie*, 30 juin 1897.) — M. Schwartz a appliqué la méthode de M. Quénu sur deux malades atteints de cancer du rectum. On sait que, considérant cet organe comme une tumeur, M. Quénu conseille de le fermer à son bout inférieur et plus tard à son bout supérieur, de façon à éviter l'épanchement de son contenu et l'infection consécutive. L'incision périnéale médiane large permet d'enlever l'organe; il n'est pas toujours nécessaire de réséquer la masse sacro-coccygienne, mais certains néoplasmes haut situés ne peuvent être atteints qu'en supprimant une partie de ce massif osseux. La résection de la prostate adhérente doit toujours être pratiquée. L'*anus iliaque* est toujours primitivement établi et présente l'avantage de pouvoir être *bien réglé* et fermé par un appareil. MM. Schwartz et Quénu n'hésitent pas à recommander de s'en tenir à l'anus iliaque, au lieu de chercher à établir un anus sacré où l'incontinence des matières est la règle.

M. Quénu a pu extraire le rectum par retournement dans un anus iliaque primitivement établi et le malade n'a qu'une selle régulière quotidienne par cet anus iliaque.

Aug. Benoit.

Hypertrophie douloureuse des mamelles; mastopexie. (*Société de chirurgie*, 30 juin 1897.) — M. Pousson (de Bordeaux) a pratiqué avec succès la suspension des mamelles, pour un cas d'hypertrophie très douloureuse, sans tumeur. L'opération a consisté à tailler un large croissant à concavité inférieure au-dessus de chaque mamelle, en comprenant dans les incisions la peau, le tissu adipeux et en bas une partie de la glande elle-même jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral; puis, à travers l'énorme brèche, des fils furent passés, qui réunissaient la glande à la partie supérieure de l'aponévrose du pectoral. Le pannicule graisseux fut ensuite suturé par plusieurs étages de catgut et la peau réunie. Sauf une légère suppuration du côté gauche, le résultat esthétique fut excellent et, au point de vue fonctionnel, la femme put reprendre son travail, qu'elle avait dû interrompre depuis longtemps.

Aug. Benoit.

Suture tendineuse. (*Echo médical du Nord*, 1er août 1897.) — M. Houel publie une intéressante observation de plaie de la tabatière anatomique par section (morceau de verre) ayant intéressé le radial, les veines, les nerfs et les tendons des long et court extenseurs du pouce : le bout central de ces deux muscles avait glissé sous le ligament annulaire et ne put être retrouvé. L'auteur prit le parti de réunir le bout périphérique du tendon du court extenseur du pouce à celui du long extenseur du même doigt, puis celui-ci fut suturé au catgut avec le bord du tendon de l'extenseur commun du doigt (faisceau de l'index): un espace de 2 à 3 millimètres persista en ce point, malgré la suture, entre les deux surfaces à réunir. Les suites furent très simples, malgré un peu de suppuration de la plaie, et un mois plus tard les mouvements du pouce commençaient à réapparaître. Revu un an après, le malade se servait de son pouce sans aucune difficulté pour sa profession de cultivateur.

R. Blondel.

Le traitement de la fracture de la clavicule par l'incision et la suture, par George W. Spencer (de Philadelphie). (In *American Journal*, n° 300, 1897.)— Intéressant article, avec figures à l'appui, qui résume ce que doit être le traitement moderne des fractures de la clavicule, de toutes les plus fréquentes. Lorsqu'il n'y a pas de déplacement, et dans ce cas seulement, l'application des bandages suffit. Les Américains usent du bandage de Velpeau et ajoutent un tampon entre les deux épaules, dans la position horizontale, avec un petit coussinet de sable sur le fragment proéminent. Mais lorsque le déplacement est irréductible, les fragments menaçants, la peau devant se perforer, et particulièrement dans les fractures du corps de l'os, où les vaisseaux sous-claviers sont fort exposés et dont la consolidation ne s'obtient qu'au prix d'un cal très apparent et douloureux, il ne faut pas hésiter à ouvrir par l'incision, car une fracture fermée serait ici

plus dangereuse qu'une fracture ouverte. En outre la suture elle-même ne doit pas se faire avec des substances indifférentes. Les fils métalliques, plusieurs cas le démontrent, outre la difformité cicatricielle qu'ils donnent parfois, créent des cavités dans l'os et on en a trouvé de perdus dans les tissus. M. Spencer conseille donc le catgut, qui met soixante jours au moins à se résorber et recommande, une fois les sutures terminées, de traiter les blessés de la manière suivante : position de Velpeau, pansement antiseptique et ouate recouvrant la région claviculaire, le bras et le dos. Cette ouate est maintenue par une bande de flanelle. On recouvre le tout avec un appareil silicaté, qu'il déclare plus léger et aussi résistant que le plâtre de Paris. Une fenêtre est faite au niveau de la fracture, qui peut être ainsi surveillée. On conserve l'appareil en place pendant trois semaines, en ayant soin d'enlever les sutures superficielles au bout de huit jours. Il suffit après de prescrire le port d'une écharpe triangulaire pendant une semaine.

AUG. BENOIT.

Résection du sternum pour tumeurs. (*Med. and Surg. Reporter*, 27 mars 1897.) — KEEN rapporte deux cas de résection du sternum faite avec succès pour des tumeurs, et il y joint une statistique comprenant 17 cas rapportés auparavant. Le premier cas cité par l'auteur fut une résection du manubrium, du tiers interne de la clavicule gauche et du tiers inférieur du muscle sterno-mastoïdien, pour sarcome. Dans le second cas, un carcinome du sein gauche avec carcinose secondaire du sternum à la jonction du manubrium et du corps, on enleva une partie considérable du sternum, jusqu'à ce qu'on eût atteint un os paraissant sain. Le patient se remit de cette opération, qui était très grave, puisqu'il fallut, en même temps, lui enlever le sein droit et un faisceau du muscle pectoral, mais il mourut d'une récidive, six mois après. La statistique de l'intervention opératoire dans les cas de tumeur du sternum est bonne, au moins comme guérison immédiate. Dans un des 19 cas recueillis par l'auteur, le résultat ne fut pas connu. Des 18 autres, 4 sont morts, établissant par conséquent une mortalité de 22,2 0/0. Il est démontré, en outre, dans les cas de tumeur, surtout de sarcome, que les adhérences au tissu rétro-sternal et spécialement à la plèvre et au péricarde ne se produisent que tard : les tissus sont généralement refoulés avant le développement de la tumeur, c'est pourquoi, si l'opération n'est pas différée trop longtemps, on peut les en séparer facilement. La poitrine devient nécessairement plus étroite quand une partie un peu importante du sternum a été réséquée, mais cela ne semble pas produire d'inconvénient important, ni pour la respiration, ni pour le soutien du bras.

R. BLONDEL.

Traitement des plaies des voies aériennes. (*The British med. Journal*, 8 mai 1897.) — PLATT (de Manchester) a eu l'occasion, en deux ans, d'observer 35 patients porteurs de plaies de la gorge, parmi lesquels 10 avec section du larynx et annexes (tentatives de suicide). Sur ces 10 derniers cas, il y eut 2 morts, 7 guérisons complètes, 1 incomplète. Sauf dans un cas de mort rapide après l'accident, les plaies furent toujours suturées, contrairement à l'ancienne règle, aussitôt que possible après le traumatisme : il y eut, dans cette série, un cas de mort par broncho-pneumonie chez un individu très affaibli.

En général, l'hémorragie, considérable au moment du traumatisme, affaiblit les blessés à tel point que l'administration d'un anesthésique n'est possible que quelques heures après l'accident : il est parfois nécessaire de pratiquer préalablement une injection intra-veineuse de sérum artificiel. La première question à résoudre est de savoir, dans chaque cas particulier, s'il y a lieu de fermer entièrement la plaie ou de placer une canule à trachéotomie. L'occlusion complète expose à l'œdème de la glotte. Si la plaie est très grande, qu'il y a section complète ou presque complète du larynx ou de la trachée, il est préférable de recourir à la canule : la même règle s'impose si la plaie siège au voisinage immédiat des cordes vocales. En cas de plaie de l'épiglotte, par exemple, venant s'ajouter à la blessure principale, il sera prudent de commencer par la trachéotomie avant de suturer la plaie.

Si l'on place une canule, il ne faut pas, d'après l'auteur, chercher à utiliser la plaie existante, mais faire une incision verticale en-dessous de celle-ci : dans le cas contraire, les mouvements du larynx produisent des tiraillements qui empêchent les sutures de bien tenir autour de la canule. La différence de rapidité de guérison entre les deux méthodes est très accusée : on sait en outre que les plaies verticales du larynx guérissent beaucoup plus vite que les transversales ; la trachéotomie avec plaie spéciale ne saurait donc retarder par elle-même la guérison.

On prendra les plus grandes précautions en faisant les sutures : il faut huit à dix points de suture en cas de section complète du larynx ; la soie sera préférée au catgut, qui ne pourrait supporter les tractions qui s'exercent sur les lèvres des plaies de ce genre.

La canule pourra être en général enlevée le deuxième, troisième ou quatrième jour au plus tard : les sutures cutanées seront laissées en place pendant dix à douze jours, pour éviter la gangrène.

Dans la plupart des cas, on pourra permettre une alimentation liquide sans le secours d'aucun instrument; dans les cas où l'épiglotte, le pharynx ou l'œsophage sont intéressés, on alimentera le blessé par le rectum pendant deux ou trois jours.

E. Vogt.

Traitement opératoire du goitre exophtalmique. (*Berl. klin. Woch.*, juin 1897.) — Schulz rapporte 14 cas de maladie de Basedow qui furent traités par une ablation partielle du corps thyroïde hypertrophié. Dans la plupart de ces cas, les symptômes de cette maladie étaient très pénibles et rendaient la vie presque insupportable. 12 de ces patients furent complètement guéris et mis en état de reprendre leurs occupations. Dans les 2 autres cas, l'opération fut suivie d'une grande amélioration et il est de toute probabilité que l'exophtalmie, seul symptôme persistant de la maladie, disparaîtra dans un bref délai. Ces malades, affirme l'auteur, présentaient des symptômes très nets et très marqués de maladie de Basedow. L'observation continue des malades après l'opération, pendant une durée variant dans les différents cas de deux à sept ans, a convaincu l'auteur que les objections formulées contre la thyroïdectomie partielle et en particulier les chances probables de récidive sont sans fondement. Dans un seul cas on a observé un retour de l'hypertrophie de la glande. Dans tous les autres, la portion de la glande laissée en place a montré plutôt une tendance à diminuer qu'à augmenter de volume.

R. Blondel.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Le sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans le traitement de l'ulcère rond et autres gastropathies. (*R. Academia di Torino*, 25 juin 1897; *Clinica moderna*, 21 juillet 1897, p. 235.) — M. Samani a employé ce médicament dans 4 cas d'ulcère rond, 2 cas d'hyperchlorhydrie primitive, 2 cas de cancer et 1 cas très grave de vomissements hystériques : il l'a donné en suspension dans l'eau, à la dose de 8 à 10 grammes par jour, mélangé à un peu de sel de Carlsbad. Chez tous les sujets en expérience, le bismuth s'est montré un calmant de valeur, faisant cesser les douleurs et les vomissements, etc. Dans un cas seulement il a produit une stomatite légère. En ce qui concerne l'ulcère rond, en outre des bons résultats énoncés ci-dessus, l'auteur a vu cesser la gastrorrhagie, et de plus l'estomac s'est mis rapidement à supporter des aliments qui jusque-là avaient été constamment rejetés. L'auteur croit que, combiné à un régime approprié, l'emploi du bismuth sous cette forme constitue la meilleure thérapeutique à opposer à cette maladie.

R. Blondel.

Sur un cas de gastroplastie, par M. H. Delagenière (du Mans). (*Académie de médecine*, séance du 27 juillet 1897.) — Dans un cas très complexe d'ulcère de l'estomac qui avait amené la perforation de l'organe et son adhérence au diaphragme, l'auteur détacha avec l'organe accolé une portion du muscle adhérent au niveau de la perforation, refoula dans la cavité de l'estomac la partie malade et le muscle détaché, dans le but d'en amener la digestion et ferma par trois plans de suture les bords de l'invagination.

Cette invagination fut faite de façon à remédier à une malformation que présentait l'estomac de cette malade (estomac en sablier). La partie malade à invaginer qui présentait une forme allongée dans le grand sens de l'organe, fut retirée transversalement et suturée dans cette situation nouvelle. L'estomac put ainsi recouvrer sa forme et ses fonctions naturelles. Du reste, la malade qui souffrait depuis dix ans et qui se mourrait d'inanition avant l'opération guérit parfaitement. Aujourd'hui elle digère et se porte bien.

L'opération chirurgicale devrait être conseillée dans tous les cas d'ulcère ayant résisté au traitement classique et dans tous ceux qui présentent des rechutes. En opérant de bonne heure on pourrait ainsi sauver d'une mort certaine un grand nombre de malades.

R. Blondel.

L'airol dans la diarrhée. (*Gazz. degli Osped. e delle Clin.*, 30 mai 1897.) — Venuti et Barbagallo donnent le résultat de l'administration de l'airol dans onze cas de diarrhée. La dose donnée variait de 20 centigrammes à 90 centigrammes en vingt-quatre heures. On ne constata pas de mauvais résultats, même en continuant le traitement plusieurs jours de suite. On obtint surtout de rapides résultats dans les diarrhées provenant d'indigestions. Chaque cas est rapporté brièvement par les auteurs. Dans tous les résultats furent bons.

R. Blondel.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON
Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Le traitement de la myocardite parenchymateuse, par LEMOINE. (*Nord médical*, n° 62, 1er mai 1897. — Lemoine distingue la myocardite interstitielle qui n'est qu'une modalité de l'artério-sclerose et qui est due le plus souvent à une intoxication (éthylisme, nicotinisme?), et la myocardite parenchymateuse plutôt due à une intoxication par les toxines microbiennes (diphtérie, variole, fièvre typhoïde, érysipèle, fièvre puerpérale, etc.) ou à une auto-intoxication.

Les malades atteints de myocardite parenchymateuse sont plutôt pâles que congestionnés, ils ont des vertiges, des tendances syncopales. Les vaisseaux ne sont pas sclérosés et le rein, le foie, le cerveau ne sont pas dégénérés. Tous les symptômes sont localisés du côté du cœur. Cet organe n'est pas hypertrophié, il n'y a pas de souffle, mais sa pointe n'est pas sentie; ses battements sont sourds; les bruits sont lointains, mal frappés et il y a de l'arythmie qui s'accentue si le malade marche un peu.

D'après Lemoine le strophantus est particulièrement indiqué dans la myocardite parenchymateuse. A dose élevée il excite fortement la fibre musculaire cardiaque; à dose faible il l'excite d'une façon continue.

Lemoine prescrit le strophantus en pilules :

Extrait de strophantus..... 1/2 milligr.
Extrait de chiendent. } Q. s. pour 1 pilule,
Sirop de gomme.... }

et fait prendre deux pilules par jour : une le matin, une le soir; quelquefois il en prescrit trois, rarement quatre. Jamais il ne dépasse cette dose.

On peut encore prescrire la strophantine en potion :

Strophantine de Merck... 2 milligr.
Eau distillée..... 200 grammes.

Le strophantus est, en général, bien supporté, parce qu'il ne s'accumule pas dans l'organisme.

On peut encore prescrire la caféine à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour, en une seule fois; mais elle ne vaut pas le strophantus : elle est par trop stimulante et parfois elle énerve.

La digitale est contre-indiquée dans cette forme de myocardite. Son emploi n'est justifié qu'en cas de dyspnée et si les bruits sont encore bien frappés; dans le cas de faiblesse trop grande, on ne ferait qu'aggraver les symptômes. On prescrira la solution de digitaline cristallisée au 1/1000, à la dose quotidienne de dix à quinze gouttes, tous les cinq jours seulement.

Contre l'éréthisme nerveux, on peut prescrire le bromure de potassium à petites doses, 1 gr. 50 à 2 grammes, le soir, dans une infusion de valériane ou d'adonis vernalis.

Quand le cœur s'affole, quand ses battements sont constamment vifs et précipités, la teinture de vératrum viride à la dose de deux à quatre gouttes par jour peut rendre des services.

Il va sans dire que l'on aura soin de supprimer les poisons qui peuvent agir sur le cœur : l'alcool, le tabac, de défendre tout travail physique fatigant, de combattre les auto-intoxications en surveillant les voies digestives.

G. LYON.

Un cas d'angine de poitrine traité avec succès par le tetranitrate d'érythrol, par BRADBURY. (*British medical Journal*, n° 1892, 1897.) — Bradbury, le premier, en 1895, a signalé le tétranitrate d'érythrol comme un agent vaso-dilatateur énergique, mais jusqu'à présent ce médicament n'a été utilisé que rarement. Le Dr Burton en a obtenu de bons effets dans la dyspnée brightique et dans un cas de cardialgie.

Le cas de Bradbury concerne un médecin, âgé de 75 ans, qui depuis douze mois souffrait d'angine de poitrine. L'usage du tétranitrate d'érythrol à la dose d'un grain (environ 65 milligrammes) a pu calmer les accès en dix minutes environ et le malade s'en est servi comme moyen prophylactique.

Si l'on administre le médicament en solution dans l'eau et l'alcool, la diminution de pression artérielle a lieu en deux ou trois minutes, mais comme la solution est irritante pour l'estomac il est préférable d'utiliser le médicament sous forme pilulaire.

Quand il est donné en pilules il exige pour agir un espace de temps de vingt à quarante minutes.

G. LYON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX
Ancien chef de clinique de la Faculté.
Ancien prosecteur.

Traitement abortif du coryza aigu, par COURTADE. (*Journal des Praticiens*, n° 22, 29 mai 1897.) — On a préconisé de nombreux moyens abortifs, notamment les inhalations de la solution volatile suivante :

Acide phénique pur.....	5	grammes.
Ammoniaque liquide.....	5	—
Alcool à 90°.....	10	—
Eau distillée.....	15	—

Les inhalations d'une solution de menthol dans le chloroforme, les pulvérisations d'huile mentholée au vingtième, enfin les prises de poudres dans lesquelles entrent le chlorhydrate de cocaïne, le menthol associés à des substances indifférentes comme le talc, l'acide borique, le sous-nitrate de bismuth, l'amidon, etc.

Le mode de traitement qui a donné les meilleurs résultats à Courtade et qui est réellement abortif quand il est employé à temps, c'est l'irrigation nasale avec de l'eau salée ou boriquée à la température de 45° à 50°.

Contrairement à ce qui est écrit partout, la douche nasale n'est pas contre-indiquée dans le coryza; il n'est pas de moyen plus puissant pour décongestionner la muqueuse, si on a soin d'employer une solution à la température de 50°.

Aussitôt que le coryza s'annonce, il faut faire une irrigation de 300 ou 400 grammes de la solution à la température indiquée, avec un siphon de Weber, muni d'une canule à robinet. L'irrigation est répétée matin et soir. Souvent dès le lendemain les symptômes du coryza ont disparu. Si le coryza est traité à une période plus avancée, on ne peut guère espérer l'enrayer facilement; les irrigations nasales n'en sont pas moins très utiles, car elles font disparaître ou atténuent les symptômes si pénibles du coryza intense et en abrègent la durée.

G. Lyon.

Le lignosulfite dans le traitement de la tuberculose laryngée, par Bramesfeld. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*. n° 14, 1897.) — Bramesfeld a utilisé contre la dysphagie de la tuberculose laryngée, le lignosulfite qui est le produit de la distillation de diverses eaux de lixiviation provenant de la fabrication du cellulose. Le lignosulfite est un liquide jaune, trouble, de réaction acide, exhalant une odeur pénétrante d'acide sulfureux et une odeur résineuse.

Selon Hartmann (1892) les bacilles de Koch entrent en dégénérescence après quelques inhalations de lignosulfite; la formation des spores cesse.

Chiari (1895) a obtenu de bons résultats avec ce médicament dans quelques cas de laryngite tuberculeuse.

Heindl par contre lui dénie toute action sur le bacille tuberculeux; il lui reconnaît seulement le pouvoir d'améliorer l'état général, de faire tomber la fièvre et cesser les sueurs nocturnes. Bramesfeld a employé dans six cas les inhalations de lignosulfite. Comme celui-ci provoque facilement la toux, il est bon de commencer avec une solution à 10 0/0. Comme appareil pour les inhalations il s'est servi du flacon à deux tubulures muni de deux tubes en verre. Les inhalations de lignosulfite ont pour effet de fluidifier les sécrétions et de les rendre séreuses, de faciliter la respiration. La dysphagie disparaît en trois à quatre jours, les ulcérations demeurent stationnaires.

Les inhalations sont contre-indiquées dans les cas d'hémoptysie et d'ulcérations récentes.

G. Lyon.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement du chancre syphilitique et de ses diverses complications, par Fournier. (*Presse médicale*, n° 55, 7 juillet 1897.) — La suppression du chancre *adulte*, par un procédé quelconque, est une pratique absolument stérile relativement à la maladie, à l'infection.

On peut en dire autant de la suppression du chancre tout à fait jeune, n'ayant pas quatre jours, n'ayant pas apparemment réagi sur les ganglions. L'excision de chancres jeunes dans les hôpitaux de Paris a toujours échoué.

En tant que lésion, comment traiter le chancre? La thérapeutique doit s'inspirer de ce résultat d'observation clinique à savoir : que le chancre syphilitique est, sauf exceptions rares et sauf complications, une lésion qui tend spontanément à guérir. Donc il y a moins à chercher un remède pour guérir le chancre qu'à écarter toutes les causes, qu'à s'abstenir de toutes les interventions qui pourraient contrecarrer cette disposition naturelle.

Il suffit d'aider la guérison par une bonne hygiène et quelques soins bien compris.

1° En premier lieu il faut recommander l'abstinence absolue;

2° Proscrire du régime tous les excitants (boissons alcooliques);

3° Recommander d'éviter les fatigues, les marches forcées, etc.

Puis, localement :

Des soins minutieux de propreté; des lotions fréquemment répétées, et pour ces lotions l'eau tiède suffit; des bains locaux; mieux encore, des bains généraux tièdes, tous les trois ou quatre jours, ou même plus fréquemment si le

chancre a tendance à s'irriter. Enfin comme moyen de protection, pansements à demeure avec une légère couche d'ouate enduite d'un corps gras. Les corps gras sont préférables à tout autre topique : ils ont l'avantage de ne pas adhérer à la plaie. Traditionnellement on prescrit la pommade au calomel (1 gramme pour 10 grammes de vaseline). On peut tout aussi bien faire usage d'une pommade à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth. Les pansements seront renouvelés en moyenne trois fois par jour. A chacun d'eux on aura soin de lotionner le chancre, de le laver avec de l'eau boriquée tiède, de le déterger doucement avec de l'ouate hydrophile, puis de l'assécher. Si le chancre est sous-préputial le pansement sera maintenu en place par le prépuce. Sur d'autres régions, le pansement sera assujetti avec un linge.

Il faut s'abstenir des topiques notoirement irritants tels que l'alun, le sulfate de cuivre, le perchlorure de fer, l'acide phénique, et surtout des cautérisations au crayon de nitrate d'argent qui durcissent le chancre et peuvent devenir l'origine de complications inflammatoires et gangréneuses. Enfin il faut faire grâce au malade de l'iodoforme, excellent topique en nombre d'occasions, mais qui a le tort ici d'être absolument inutile et d'autre part d'avoir une odeur à la fois insupportable et dénonciatrice.

Le chancre cicatrisé, restent parfois, notamment à la rainure glando-préputiale, de grosses indurations saillantes. Ces noyaux durs, ces calus importunent vivement les malades. Cependant il faut se garder d'y toucher et se contenter de prescrire le traitement mixte qui paraît en favoriser la résolution. Mauriac recommande en outre des applications d'onguent napolitain ou d'emplâtre de Vigo.

Dans le cas de *chancre du méat urétral* le traitement topique est particulièrement nécessaire en raison des tendances de ce chancre à s'irriter par ses contacts avec l'urine, les vêtements. On prescrira les bains généraux et locaux, les lavages du chancre après chaque miction et le pansement usuel avec une fine lamelle d'ouate maintenue par une compresse dont le plein sera appliqué sur le sommet de la verge et dont les extrémités, renversées sur et sous la verge et enroulées autour d'elles seront fixées à leur tour par un ruban à la bande horizontale d'un suspensoir.

Si le chancre entame profondément les lèvres du méat, il a tendance à rétrécir l'orifice urétral. Il faut essayer de prévenir cette atrésie en introduisant dans le méat de petits cylindres d'ouate comprimée, qu'on enduira d'un corps gras. Après cicatrisation, si l'atrésie est produite on soumettra le méat à des essais de dilatation progressive avec des bougies. Et, si la dilatation obtenue n'est pas suffisante, on n'hésitera pas à pratiquer un débridement.

Le *chancre urétral*, au contraire, ne doit pas être traité localement, comme on l'a souvent proposé, par des mèches introduites dans l'urètre, des injections diverses, etc. Tous les corps étrangers introduits dans le canal sont mal tolérés.

Les trois complications majeures du chancre sont l'inflammation, la gangrène, le phagédénisme. Ces complications relèvent souvent d'origines communes.

Il faut avant tout chercher leur cause et très souvent il suffit de lever la cause pour ramener le chancre à des conditions ordinaires.

Il n'est pas rare de voir des malades arriver à l'hôpital avec des chancres enflammés, rouges, violacés, ulcéreux et s'acheminant soit à la gangrène, soit au phagédénisme. Eh bien, ces chancres, après trois ou quatre jours d'un traitement convenable, sont métamorphosés, redevenus des chancres de type commun. C'est qu'ils ont été lavés, baignés, pansés, soustraits aux causes qui les avaient envenimés, à savoir : incurie, saleté, fatigue, surmenage, traitements intempestifs (cautérisations répétées).

Inflammation. — Contre cette complication il faut employer le repos, la balnéation : bains généraux répétés tous les jours; bains d'une heure au moins et prolongés dans les cas sérieux (35° à 36°). Comme adjuvants, bains locaux, c'est-à-dire bains de verge dans un verre rempli d'une décoction de guimauve tiède et prolongés de quinze à vingt minutes.

Les enveloppements humides de la verge complètent le traitement avec le pansement à l'ouate hydrophile imbibée d'eau bouillie, d'une décoction de guimauve ou de pavot, d'une solution opiacée (eau de laitue 200 grammes et extrait d'opium 4 grammes).

Phimosis. — S'il s'agit d'un phimosis absolu on fera les injections sous-préputiales à l'aide d'une solution faible de nitrate d'argent (1 gramme pour 100 ou 200 grammes d'eau distillée), répétées deux ou trois fois par jour.

Si le phimosis est incomplet on peut en général panser le chancre suivant le mode commun.

Balano-posthite. — Dans les cas moyens même traitement antiphlogistique que ci-dessus (balnéation générale et locale) et irrigations sous-préputiales avec une longue sonde en caoutchouc rouge (n° 14 ou 15). On fera des irrigations de balayage avec de l'eau bouillie ou boriquée et immédiatement à leur suite des irrigations modificatrices avec la solution de nitrate d'argent à 1 0/0 dont on injectera, deux ou trois fois par vingt-quatre heures, un verre à bordeaux.

Dans le cas de balano-posthite grave avec imminence de gangrène (ce qui indique une fétidité commençante de l'écoulement), l'indication d'urgence est le débridement du prépuce qui se fait par une incision verticale avec les ciseaux portant sur toute la hauteur de l'organe. Les parties sous-jacentes sont alors soigneusement détergées; le chancre est saupoudré d'iodoforme et le tout recouvert de gaze iodoformée.

Paraphimosis.—Le réduire après mouchetures multiples à l'aiguille flambée, malaxation et dégorgement des tissus.

Gangrène et phagédénisme. — Repos absolu; suppression de la cause; balnéation. Ce dernier moyen constitue une des médications les plus puissantes contre la gangrène et le phagédénisme. Il faut prescrire des bains prolongés (de trois heures) et répétés (tous les jours au début). Comme topique sur le chancre rien ne vaut l'iodoforme; on l'emploiera pur, à moins qu'il ne s'agisse de phagédénisme rouge, inflammatoire et beaucoup moins tolérant. Dans ce cas on l'associera à la vaseline (1 gramme d'iodoforme pour 10 grammes d'excipient).

On peut encore utiliser avec avantage les badigeonnages quotidiens avec la teinture d'iode, après atténuation des phénomènes inflammatoires.

Enfin le traitement général, dont l'influence est faible sur le chancre de forme commune, exerce au contraire une action favorable sur le phagédénisme; c'est le traitement mixte qui convient le mieux en pareil cas. On prescrira 10 centigrammes de proto-iodure et 4 à 5 ou 6 grammes d'iodure de potassium comme doses journalières.

En cas de phagédénisme il faut bien se garder de pratiquer des cautérisations destructives ou d'appliquer des topiques irritants; il faut encore s'interdire de toucher aux escarres, car on s'exposerait à provoquer des hémorragies redoutables.

G. Lyon.

Quelques remarques sur le traitement de la syphilis. (*Treatment*, 27 mai 1897.) — C.-F. Marshall remarque que le chancre induré s'observe beaucoup moins souvent chez la femme que chez l'homme : la syphilis apparaît souvent chez elle à la suite de chancres qui ne présentent aucune induration. Il n'en est pas moins prudent de n'instituer le traitement spécifique qu'au moment de l'apparition des symptômes secondaires, car la pléiade ganglionnaire n'éclaire guère le diagnostic, puisqu'elle se présente chez des malades qui n'ont que des lésions banales des organes génitaux. En outre, chacun sait que le mercure administré dès l'apparition de la lésion initiale, peut provoquer des perturbations marquées dans la marche ultérieure des accidents.

Le traitement hydrargyrique préféré par l'auteur consiste dans les injections intra-musculaires de chlorure double de mercure et d'ammoniaque (sel Alembroth), qui provoquent, il est vrai, des douleurs, mais ont les mêmes avantages que les autres sels utilisés en injections intra-musculaires.

Les frictions hydrargyriques, bien que d'un usage fort ancien, n'ont pas perdu de leur valeur, surtout dans des cas d'iritis, par exemple. Le meilleur onguent se formule ainsi : mercure 1 partie, lanoline 1 partie, huile d'olive demi-partie. On prendra toujours un bain chaud avant la friction quotidienne.

Dans des cas rebelles, la solution de Donovan (iodure double de mercure et d'arsenic), donne de remarquables résultats.

Pour sécher les condylomes, l'auteur se sert d'une poudre composée de naphtol (lequel?) et d'oxyde de zinc.

Les plaques muqueuses seront cautérisées à l'acide chromique. Si cependant on se trouve en présence d'une ulcération étendue, on se servira d'une solution aqueuse de chlorate de potasse et d'acide chlorhydrique, qui dégage du chlore à l'état naissant.

E. Vogt.

Les injections de calomel dans le lupus. (*Gazz. medica Lombarda*, 19 avril 1897.) — Scarenzio rapporte trois cas de lupus traités avec succès par les injections de calomel. Le premier cas était celui d'un homme de 24 ans, atteint de lupus de la face depuis sept ans, admis à l'hôpital en juin 1896. La lésion fut curettée profondément et il en résulta une certaine amélioration. Rentré à l'hôpital en novembre, les traitements ordinaires furent essayés sans succès. Le 27 janvier, 10 centigrammes de calomel furent injectés profondément dans la cuisse. La réaction locale fut forte, assez même pour obliger le malade à garder le lit. Quatre jours après l'injection, il y eut une amélioration sensible. Vingt jours après, on donna une autre injection de 5 centigrammes. Le malade quitta l'hôpital le 21 février, beaucoup mieux, sous tous les rapports. Lorsqu'on le revit plus tard, l'amélioration s'était maintenue. Des résultats identiques furent obtenus dans les deux autres cas rapportés.

R. Tixier.

Ensemencement de cheveux hachés contre la calvitie. (*Gaz. méd. d'Orient*, 30 avril 1897.) — M. M. Hodara, élève de Unna, a fait à la Société impériale de médecine de Constantinople l'extraordinaire communication suivante : Deux jeunes filles étaient porteurs de plaques de calvitie provenant d'anciennes cicatrices faviques. M. Hodara choisit une partie tout à fait chauve, y fit des scarifications multiples, fines et serrées. Il coupa quelques cheveux de cette même malade en fines petites parcelles et les ensemença sur ces parties scarifiées, où la sérosité les retint collées. Il les couvrit d'un papier et d'un morceau d'emplâtre. Deux à trois semaines après, cette masse de fragments de cheveux se détachait, mais, au niveau scarifié, de petits cheveux avaient poussé, dix ou douze environ sur une surface grande comme une pièce de 1 franc.

Les cheveux étaient coupés sans bulbes, et ensemencés sur les petites fissures.

M. Hodara continuera ces expériences.

Morel-Lavallée.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Le traitement de la gonorrhée par les lavages. (*New-York med. Journ.*, 5 juin 1897.) — Valentine présente la défense de ce mode de traitement, déclarant que tout urètre qui n'est pas par trop rétréci, peut être, de même que chaque vessie, lavé sans sonde. Le lavage constitue le traitement le plus rapide de la gonorrhée; selon lui, les drogues internes sont sans valeur et l'injection faite à la main, par le malade, complètement inutile. Valentine emploie un réservoir de verre, élevé et abaissé au moyen d'une poulie. Celui-ci est relié par un tube de caoutchouc à la canule que l'on place dans l'urètre. Cette canule est en verre et comporte trois tailles pour pouvoir convenir aux différents urètres. Le patient est assis sur le bord d'une chaise, le pénis passé par un trou dans une feuille de caoutchouc. La canule est entourée d'une plaque de verre proportionnée pour empêcher le liquide de jaillir en dehors du bassin récepteur. Pour l'irrigation de l'urètre antérieur, après avoir nettoyé le gland et le méat, on fait pénétrer le courant dans l'urètre en augmentant graduellement la pression, celle-ci étant réglée par les doigts du chirurgien appliqués sur l'urètre et graduant ainsi la force du courant. Pour le lavage de l'urètre postérieur, il faut une pression suffisante pour vaincre l'action du constricteur du bulbe et du sphincter de la vessie. La résistance des sphincters est plus facilement vaincue quand le patient fait de temps en temps de profondes inspirations accompagnées d'efforts pour uriner. L'irrigation faite, le patient se lève et urine de suite. Dans quelques cas, il peut être nécessaire d'anesthésier l'urètre avec de la cocaïne avant le lavage, mais bien souvent la chose est sans utilité. Selon Valentine et d'autres auteurs, la gonorrhée aiguë est guérie en moyenne en dix jours en employant deux irrigations journalières pendant les trois ou quatre premiers jours et une seule pendant les jours suivants. Les solutions employées par l'auteur ont été : le permanganate de potasse de 1/6000 à 1/1000; le sublimé à 1/10000; le nitrate d'argent de 1/10000 à 1/1000; le sulfate de cuivre de 1/2000 à 1/500; l'argonine 10/100. En ce qui concerne cette dernière substance, Valentine ne la considère pas comme supérieure au permanganate de potasse.

C'est d'ailleurs le permanganate de potasse que l'auteur emploie le plus souvent. Il le prend comme base du tableau suivant, indiquant le mode d'emploi et le degré des solutions exigées par le traitement.

Pour la gonorrhée aiguë :

1er jour.	Deux lavages antérieurs..	1/2000, 1/4000.
2e jour.	Les mêmes lavages.....	1/3000, 1/4000.
3e jour	Un lavage intravésical ...	1/6000.
	— antérieur.....	1/6000.
4e et 5e jour	Un lavage intravésical ...	1/3000.
6e et 7e jour	Un lavage intravésical ...	1/3000, 1/2000.
8e et 9e jour	Un lavage intravésical....	1/2000, 1/1000.
10e jour	Un lavage intravésical....	1/1000.
	— antérieur.....	1/5000.

Pour la gonorrhée chronique :

1er jour.	Deux lavages antérieurs..	1/3000, 1/6000.
2e jour	Un lavage intravésical ...	1/4000.
	— antérieur.....	1/4000.
3e jour.	Un lavage antérieur.....	1/2000.
4e jour	Un lavage intravésical....	1/3000.
	— antérieur.....	1/2000.
5e jour	Un lavage intravésical ...	1/3000.
	— antérieur.....	1/1000.
6e et 7e jour	Un lavage antérieur.....	1/1000.
8e jour	Un lavage intravésical ...	1/3000.
	— antérieur.....	1/1000.

R. Blondel.

Traitement du rein flottant hydronéphrotique. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 21, 1897.) — Cramer constate que l'extirpation du rein malade dans les cas d'hydronéphrose avancée et étendue est une opération difficile, en raison de la disparition de la graisse périrénale et des adhérences

solides contractées par le sac. Bardenheuer avait, il y a quelques années, obtenu des résultats satisfaisants de ce traitement, mais il fut amené, dans un cas très grave où le patient n'avait qu'un rein, à recourir aux méthodes avec lesquelles l'organe malade pouvait être conservé. Le succès de ces essais l'a convaincu que même dans des cas d'hydronéphrose très étendue, l'énorme sac se réduit spontanément dès que la pression due à la rétention urinaire vient à cesser : dans la plupart des cas, l'appareil rénal dilaté et atrophié, redevient capable d'accomplir complètement ses fonctions de sécrétion. Il rapporte à l'appui un cas d'hydronéphrose causé par coudure de l'uretère près de son attache au bassin, dans lequel Bardenheuer établit avec succès une commuuication fistuleuse entre l'uretère et la partie la plus déclive du sac. Dans un cas semblable, que Cramer décrit tout au long, ce chirurgien pratiqua une opération analogue à celle qui porte le nom de Heinecke-Mikulicz, et qui est réservée aux cas de sténose pylorique. Une incision fut faite dans la partie courbe de l'uretère, selon l'axe longitudinal de ce canal, et les lèvres de la plaie furent rapprochées par une suture, perpendiculairement à la direction primitive de l'incision. Le rein malade fut alors placé dans une poche artificielle formée en détachant le péritoine pariétal des tissus musculaires de la région lombaire. Cette opération, qui réussit complètement, est identique à celle qu'a décrite ultérieurement Finger.

R. Blondel.

Nouveau procédé opératoire pour la néphrectomie. (*Annales of Surgery*, juin 1897.) — Abbe a récemment rapporté à la Société de chirurgie de New-York un cas d'hydronéphrose dans lequel le rein fut enlevé par un procédé inusité. Une incision partant de deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure fut dirigée obliquement en haut et en arrière, sur une longueur de 15 centimètres, parallèlement aux fibres du muscle oblique externe. Après séparation des fibres des muscles abdominaux, comme il est pratiqué dans la méthode de Mc. Burney, le péritoine fut mis à découvert et put être facilement séparé du rein. En employant de bons rétracteurs, le chirurgien peut alors inspecter le pédicule et séparer l'uretère, qu'on peut suivre sur la paroi du bassin. Cette méthode permet de pratiquer la néphrectomie dans la position la plus avantageuse, tant pour le patient que pour l'opérateur. Elle donne un libre accès sur le rein et l'uretère, et c'est presque une méthode non sanglante, car aucun muscle n'est tranché. Comme les muscles de la paroi sont sectionnés selon le sens de leurs fibres, leur rapprochement ultérieur est facile, la cicatrisation se fait sans encombre dans les parties profondes et les conditions sont beaucoup moins favorables dans l'avenir à l'apparition des hernies.

R. Blondel.

Progrès faits en 1895 et 1896 dans la question du mal de Bright chronique. (*Der Aerztl. Praktiker*, 15 mai 1897.) — Lœwenthal (de Berlin) rappelle qu'Overton conseille de lutter surtout, dans le mal de Bright, contre l'affaiblissement de l'assimilation et de la nutrition ; cet auteur cherche à exciter les fonctions digestives, en donnant de la papaïne et de l'acide chlorhydrique. L'intestin doit, de son côté, être excité et tonifié, et Overton a, dans ce but, préconisé la formule suivante :

Extrait de coloquinte.....	5 milligr.
Sulfate de strychnine.....	3 —
Pancréatine	6 centigr.
Bile de bœuf concentrée...	18 —

Divisez en dix capsules : une capsule avant chaque repas.

Une fois l'assimilation facilitée par ce traitement, on agira sur la sécrétion urinaire, et l'on prescrira :

Poudre de digitale.....	6 centigr.
Sulfate de strychnine.....	3 milligr.
Caféine.....	18 centigr.

Pour une pilule : une pilule toutes les trois heures. Ces pilules peuvent être continuées pendant quinze jours sans inconvénient.

Ce traitement donnerait des résultats remarquables et permettrait aux malades de suivre un régime dans lequel on peut introduire plus de viande qu'il n'est ordinairement d'usage dans les affections de ce genre.

E. Vogt.

Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 22, 1897.) — Lennander, dans un travail sur ce qu'il nomme les opérations sexuelles dans l'hypertrophie de la prostate, expose sur ce traitement une opinion basée sur les résultats de sa pratique à la clinique chirurgicale d'Upsal. Une statistique, faite par Floderus, donne brièvement les détails de 7 cas de castration, 11 de résection des canaux déférents et 1 cas dans lequel la prostate fut cautérisée d'après la méthode de Bottini.

L'auteur a une opinion médiocre de la castration bilatérale et ne peut trouver aucune excuse à cette opération lorsque les deux testicules et

l'épididyme n'ont pas d'altération morbide grave et ne sont pas le siège de souffrances névralgiques. La résection des canaux déférents a donné des résultats plus encourageants, et il la considère comme utile dans les cas de dilatation de la vessie sans infection urinaire et avec une rétention partielle seulement. Elle est aussi recommandée dans les cas de maladie de la prostate où l'usage du cathéter est resté sans effet. Quand les symptômes révèlent l'extension aux reins de l'inflammation vésicale chronique, l'auteur pratique la cystotomie sus-pubienne et joint à cette opération la vasectomie bilatérale, dans l'espoir que cette dernière mesure tendra à réduire assez le volume de la prostate pour favoriser, après la cessation ou la diminution marquée de l'infection urinaire, la miction spontanée et la guérison de la fistule vésicale. En réséquant les canaux déférents, l'auteur se fait une règle d'enlever le plus possible du tissu avoisinant pour séparer et détruire les nombreuses fibres nerveuses reliant le testicule et la prostate.

R. Blondel.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Congrès allemand de chirurgie*, 21-24 avril 1897.) — Le Dr Borelius communique une statistique de 102 cas d'hypertrophie prostatique traités chirurgicalement. Dans 50 cas on a pratiqué la castration, dans 46 cas une double résection du canal déférent et dans 6 cas on a pratiqué l'ablation du testicule d'un côté et la résection du canal déférent de l'autre côté.

Des 50 cas traités par la castration, l'un doit être mis de côté, car l'on a reconnu qu'il s'agissait d'un carcinome de la prostate. Dans les 49 autres cas le résultat a été le suivant : 9 morts après l'opération (le plus souvent on a trouvé à l'autopsie une pyélo-néphrite), 7 insuccès, 3 cas où l'issue n'a pas été mentionnée. Dans 29 cas il y a eu une amélioration après l'opération ; sur ces 29 cas 14 concernaient des malades atteints de rétention aiguë simple, 5 des malades atteints de rétention chronique, 2 des malades atteints de rétention avec incontinence. Quatre fois il y avait de la dysurie et du ténesme sans rétention. On a constaté une diminution de volume de la prostate dans 29 cas, un volume stationnaire dans 7 cas. Vingt-cinq fois la cystite est survenue. Dans un cas des accidents de manie se sont produits après l'opération.

Sur 46 résections des canaux déférents, il faut éliminer un cas qui concernait une tuberculose de la prostate. Dix malades sont morts après l'opération, 7 n'en ont retiré aucun bénéfice, 28 ont présenté une amélioration plus ou moins marquée. On a constaté une diminution de volume de la prostate dans 10 cas ; le volume de l'organe est resté stationnaire dans 20 cas. La cystite est survenue 23 fois.

Sur les 6 cas où l'on a pratiqué une ablation du testicule d'un côté et une résection du canal déférent de l'autre, trois fois il y a eu une amélioration, une mort, deux états stationnaires.

En somme, le résultat total de ces diverses interventions a été le suivant : 60 cas avec amélioration, 16 sans amélioration, 4 avec résultat incertain, 20 morts.

G. Lyon.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL
Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Le chelidonium majus dans le cancer de l'utérus. (*Centralb. f. Gynäk.*, n° 27, 1897.) — Winter et Schmitt ont appliqué le traitement de Denissenko pour le cancer, dans quatorze cas de carcinome utérin. Ils ont employé l'extrait liquide de chelidonium majus en injections sous-cutanées pratiquées en différents points de la tumeur, une fois par semaine. Dans aucun cas il n'y eut la moindre amélioration, mais dans plusieurs, l'infiltration sembla s'étendre avec une rapidité extraordinaire, et l'ulcération avança avec plus de vitesse qu'auparavant. Denissenko prétend que ce médicament rallentit la désagrégation des tissus et même amène la cicatrisation. Aucune amélioration de ce genre ne fut constatée dans les cas de Winter et de Schmitt. Néanmoins ils reconnaissent que l'hémorragie fut arrêtée dans trois cas ; mais dans tous l'état général fut fâcheusement influencé, s'altérant beaucoup plus rapidement que dans les cas de cancer restés non traités et jugés au-dessus des ressources de la chirurgie. Ces injections causaient de vives douleurs. Winter et Schmitt concluent qu'on doit proscrire le chelidonium de la thérapeutique du cancer.

R. Blondel.

Traitement palliatif du cancer de l'utérus. (*Thérapeutique moderne*, n° 6, 1897.) — Zrutowsky a obtenu de satisfaisants résultats dans le cancer inopérable, de l'emploi de la terpine de Chio proposée par Cley (de Birmingham). Cet auteur recommande de prescrire la terpine à l'intérieur. Leutowky, lui, se servait également de

terpine à titre extérieur en appliquant sur les régions malades un tampon trempé dans un mélange à parties égales de terpine et de glycérine. Le médicament en question déterminait avant tout l'exagération de la sécrétion qui plus tard commençait de nouveau à diminuer. En même temps la mauvaise odeur disparaissait, il se produisait comme une tendance à la cicatrisation et l'état des malades s'améliorait notablement.

B. Taft.

Grossesse et accouchement après la ventrofixation de l'utérus. (*Hospitalstidende*, 23 juin 1897.) — Viggo Essmann rapporte le cas d'une femme de 33 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans et devenue enceinte après l'opération de la ventrofixation de l'utérus et de la périnéorraphie d'après le procédé de Tait. Elle avait eu deux grossesses précédentes, huit et dix ans auparavant et un prolapsus de l'utérus nécessitant la ventrofixation (en 1891) était survenu peu de temps après. Pendant sa troisième grossesse, il se développa une hernie ventrale vers la partie inférieure de la cicatrice de la laparotomie; pour cela elle porta une ceinture abdominale élastique. Dans le sac herniaire, et adhérant à lui, se trouvait une partie de l'utérus gravide; il y avait un peu d'ulcération de la paroi du sac et une légère hémorragie des veines cutanées. On la fit rester couchée à l'hôpital pendant les deux derniers mois de sa grossesse. Le travail fut lent; l'enfant se présenta par les pieds et après vingt-quatre heures le col fut suffisamment dilaté pour permettre de l'extraire. L'utérus se contracta avec une énergie suffisante, le placenta fut expulsé spontanément et il n'y eut pas d'hémorragie post-partum. On opérera plus tard la hernie ventrale.

R. Blondel.

Contribution à l'étude des fistules recto-vaginales, par le Dr B. Fabre. (*Thèse de Lyon* 1897; *Echo méd. de Lyon*, 15 juin 1897.) — L'auteur décrit le procédé de son maître, M. Condamin.

1er temps. — *Dédoublement de la cloison recto-vaginale.* — On fait, entre la vulve et l'anus, une incision courbe en U qui remonte très haut de chaque côté en passant à peu près au niveau de l'interstice des grandes et des petites lèvres. On procède alors, soit avec les doigts, soit avec les ciseaux, au dédoublement qui va laisser en bas la paroi rectale et remonter, en l'écartant de celle-ci, la paroi vaginale. Cette manœuvre est un peu plus délicate au niveau de la fistule et nécessite presque toujours l'emploi soit du bistouri, soit des ciseaux; la fistule dépassée on remonte encore au delà soit sur la région médiane, soit sur les parties latérales. On obtient alors un lambeau vaginal en haut, une paroi rectale en bas et, de chaque côté, une surface triangulaire avivée, qui contient toute la masse des muscles périnéaux rétractés à la suite de l'ancienne déchirure du périnée. Ce sont ces masses musculaires qui seront interposées entre les orifices de la fistule. Le sommet de l'angle dièdre périnéal, qui correspond au point où l'on a cessé le dédoublement, est, comme on le voit, sensiblement au-dessus de la fistule.

2e temps. — *Suture séparée des deux orifices vaginal et rectal de la fistule.* — Ce temps est très simple. On commence par rédupliquer en dedans la muqueuse rectale quand elle fait saillie entre les deux lèvres de la fistule rectale, et l'on adosse en surface les bords de la perte de substance avec des catguts fins, en évitant soigneusement de pénétrer dans la paroi muqueuse du rectum.

3e temps. — *Passage des fils interstitiels et interposition musculaire.* — Le passage des fils est important. Il se fera avec l'aiguille d'Emmet moyenne et avec du catgut solide. Le premier fil à passer est celui du milieu. Pénétrant, au milieu de la surface avivée latérale, à 5 millimètres de la peau, il embrasse profondément ces masses musculaires rétractées, traverse l'épaisseur du sommet de l'angle dièdre pour ressortir du côté opposé dans des conditions analogues à celles de l'entrée. On ne serre pas immédiatement ce fil, mais on en place une série d'autres au-dessus et au-dessous en prenant toujours une bonne épaisseur des masses latérales, et en l'insinuant, si la chose est possible, dans l'épaisseur des parois vaginales et rectales. On serre, après une dernière hémostase, les fils en commençant par celui du milieu. A ce moment on voit les deux triangles musculaires latéraux venir s'interposer entre les deux parois rectales et vaginales et, par suite, entre les deux orifices de la fistule, en formant un périnée musculaire solide et, en somme, physiologique, puisqu'il est musculaire.

4e temps. — *Suture superficielle.* — Celle-ci ne présente aucune particularité. On la fait en surjet ou avec des points séparés, peu importe.

La région ano-périnéo-vulvaire apparaît alors complètement reconstituée. L'orifice vulvaire paraît même un peu rétréci, avantage dans la généralité des cas.

Comme pansement on peut se contenter d'une épaisse onction de toute la région avec de la vaseline iodoformée, recouverte de coton bo-

riqué. Constipation artificielle pendant six à huit jours, après quoi lavements huileux jusqu'à évacuation.

R. Blondel.

Congestions faciales intenses, dues à la ménopause, traitées avec succès par l'extrait ovarien. (*British med. Journal*, 24 avril 1897.) — Fosberry a observé, chez une femme de 52 ans, des accidents congestifs de la face assez intenses pour réveiller la malade la nuit et qui résistèrent à divers traitements. L'ingestion d'extrait de glande ovarique en pastilles (trois pastilles par jour) fit disparaître en une douzaine de jours les accidents congestifs, qui commencèrent à diminuer dès le second jour de traitement. Il suffit actuellement d'une pastille de temps en temps pour enrayer toute menace de réapparition des accidents.

E. Vogt.

Obstétrique.

Dr L. DÉMELIN
Accoucheur des hôpitaux.

Injections de sérum artificiel dans un cas d'hémorragie grave due à une insertion vicieuse du placenta, par le Dr Schuhl. (*Revue médicale de l'Est*, 1er février 1897.) — Dans le traitement de l'anémie post-hémorragique par les injections de sérum artificiel, le liquide habituellement employé est une solution de chlorure de sodium à 6 ou 7 0/0. On peut faire pénétrer le liquide par diverses voies :

L'injection intra-péritonéale a été employée avec succès pour des cas obstétricaux par Rutgers, par Hafter, par Stähle. C'est une méthode dangereuse, que l'on ne doit employer que dans les cas d'hémorragie survenue pendant la laparotomie.

L'injection rectale a été recommandée par Lomer, Prochownik, Rœther, Huzarski, Herr, Warmann, Cholmogoroff; celui-ci conseille de faire une injection de 200 à 250 grammes; au bout de vingt à trente minutes, on donne un deuxième lavement semblable; parfois un troisième est utile. Quoique dans ces cas l'absorption du liquide ne se fasse pas complètement, les lavements de sérum méritent cependant d'être employés lorsqu'on n'a pas à sa disposition les instruments nécessaires pour faire une injection sous-cutanée ou intra-veineuse.

La *méthode hypodermique* a donné d'excellents résultats au Pr Pinard. Audebert a indiqué aussi des résultats satisfaisants. Cholmogoroff a employé ces injections avec succès dans vingt-quatre cas d'hémorragies très abondantes; plusieurs femmes avaient perdu connaissance. Après l'injection de sérum, leur état général s'est amélioré et toutes ces malades ont guéri; dans huit autres cas, les femmes ont succombé malgré les transfusions hypodermiques. Mais chez sept de ces malades, l'hémorragie a continué, ou a recommencé après l'emploi de l'injection sous-cutanée, et dans la huitième observation l'état de la femme était tellement grave que le sérum injecté ne fut pas résorbé. Cholmogoroff pense qu'il aurait mieux valu dans ce cas faire pénétrer le liquide directement dans une veine.

L'injection intra-veineuse paraît en effet pouvoir réussir quelquefois alors que la méthode hypodermique est inefficace. En chirurgie Lejars, en obstétrique Bischoff (1881), Morel (1888), Bergstrand (1890), Maygrier (1896) ont obtenu de remarquables succès avec les injections intra-veineuses.

En général, l'injection sous-cutanée suffit et doit être considérée comme le procédé de choix. Mais si l'anémie est très grave, si on ne croit plus pouvoir compter sur une absorption rapide du sérum par le tissu cellulaire sous-cutané, l'injection intra-veineuse permettra d'obtenir sûrement et rapidement l'augmentation de la masse liquide contenue dans le système circulatoire et devra être employée sans hésitation.

Le Dr Schuhl a eu l'occasion d'apprécier la valeur de ce moyen thérapeutique dans un cas d'insertion vicieuse du placenta où malgré une injection hypodermique de 360 centimètres cubes, l'état de la malade était resté très grave et la mort paraissait imminente, tandis qu'une injection intra-veineuse de 500 centimètres cubes de sérum a produit une amélioration notable que des injections ultérieures pratiquées sous la peau ont encore accentuée. La guérison de la mère et l'extraction d'un enfant vivant, tels sont les résultats obtenus dans l'observation du Dr Schuhl.

Demelin.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Archivio di Ostet. e Gynecol.*, mai-juin 1887.) — A. Pozzi a traité successivement 5 cas de vomissements graves dans la grossesse par la méthode de Tibone. Dans 4 de ces cas, la grossesse avait atteint deux mois et demi, dans 1 seulement un mois et demi. Le procédé consiste en une injection sous-cutanée dans la région hypogastrique d'une solution de chlorhydrate de cocaïne (1 centigramme pour 1 gramme d'eau distillée). Dans 2 cas, le traitement fut commencé au second degré des vomissements, alors qu'il y avait de la fièvre et que les phénomènes cérébraux commençaient à se

manifester. Dans 2 cas, la cocaïne fut donnée lorsque le vomissement était encore au premier degré, et dans le cinquième cas l'auteur eut plutôt affaire à une forme exagérée de vomissement ordinaire qu'au type grave et incoercible. Dans tous les cas, un grand nombre d'autres moyens de traitement, y compris pour quelques malades le redressement de l'utérus, avaient été essayés auparavant.

R. Blondel.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Le chlorhydrate de phénocolle dans le traitement de la coqueluche. (*La Clinique*, 27 mai 1897.) — M. Le Jeune après avoir rappelé que le phénocolle avait été tout d'abord employé comme antipyrétique, comme antiseptique, puis comme sédatif et analgésique dans le traitement de la chorée, des névralgies, de l'influenza et d'autres affections douloureuses, rapporte quelques observations du Dr Martinez Vargas (de Barcelone) dans lesquelles le phénocolle donna d'excellents résultats dans le traitement de la coqueluche. Lui-même administra ce médicament dans plusieurs cas de coqueluche et les résultats qu'il obtint sont des plus encourageants.

Ce médicament atténue le caractère convulsif de la toux, et cette action commence déjà à se faire sentir après six à douze heures, et est très apparente au bout de vingt-quatre heures. Dans les quinze premiers jours elle n'est que passagère, le plus souvent du moins, et la cessation du traitement, à cette époque, provoque parfois une aggravation, qui fait place à une amélioration durable, dès que l'on revient au médicament.

Le phénocolle n'agit pas comme bactéricide mais il possède vraisemblablement une action sédative sur le trijumeau et sur le nerf laryngé supérieur.

Il peut être employé même chez les plus jeunes enfants, il n'a jamais produit de phénomènes fâcheux; l'absorption en est rapide, de même que l'élimination.

Doses : On le donne à la dose de 75 centigrammes à 2 grammes en vingt-quatre heures et l'usage peut en être prolongé sans crainte.

La meilleure manière de le présenter consiste à le dissoudre dans une potion gommeuse, édulcorée à l'aide d'un sirop quelconque. Voici la formule que l'auteur prescrit :

Chlorhydrate de phénocolle.....	75 cent. à 2 gr.
Sirop de tolu.....	30 grammes.
Eau gommeuse.....	70 —

M. s. a. Cinq cuillerées à soupe par jour.

Pour les adultes, on emploiera le mode d'administration en cachets.

E. Thiercelin.

Dilatation de l'estomac chez les nourrissons. — M. le Dr Comby a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux*, dans la séance du 18 juin 1897, le résultat de ses recherches sur ce sujet. Il a vu que sur 80 enfants dont l'estomac a pu être mesuré, 64 avaient de la dilatation, c'est-à-dire 80 sur 100 ou 8 pour 10. La cause de cette dilatation doit être cherchée dans les abus alimentaires dont sont victimes ces enfants : biberons malpropres, lait de mauvaise qualité donné sans règle et en quantité surabondante, soupes, bouillies, aliments solides donnés prématurément, etc.

Chez les nourrissons il faut chercher la dilatation de l'estomac, elle est en effet silencieuse : le ventre est gros et mou, le clapotage est perçu avec facilité, parfois pourtant il manque, l'estomac étant caché par les anses intestinales; il y a fréquemment des régurgitations, des vomissements, de la diarrhée fétide, parfois les matières vomies contiennent de l'hydrogène sulfuré. Un des meilleurs signes de la dilatation est fourni par la sonde, qui permet de retirer cinq heures, six heures après la prise de lait, des grumeaux non absorbés. L'estomac inerte ne se vide plus; il garde indéfiniment des aliments qui se putréfient et la mort est souvent la conséquence de cette auto-intoxication. Quand les enfants survivent, ils sont voués à la dyspepsie chronique.

En présence d'un estomac forcé, dilaté, gardant indéfiniment les aliments, le meilleur remède est le lavage de l'estomac. Cette opération faite avec une sonde molle de Nélaton (20, 22, 24) suivant l'âge, est très facile chez les nourrissons; elle est inoffensive et met souvent un terme aux vomissements. On devra soumettre ensuite l'enfant à une hygiène alimentaire rigoureuse.

E. Thiercelin.

Le tanin et ses dérivés dans la diarrhée infantile, par Comby. (*Médecine moderne*, n° 60, 28 juillet 1897.) — L'action astringente et constipante du tanin a conduit à son emploi dans les diarrhées. Mais son goût désagréable, les vomissements, les nausées, les gastralgies qu'il provoque, en avaient fait un médicament de deuxième ordre, presque inusité en médecine infantile.

Depuis quelques années on a introduit, dans la thérapeutique des diarrhées de l'enfance, certaines combinaisons du tanin insipides, non irritantes, bien tolérées par l'estomac, désignées sous le nom de *tannigène* (tanin acétylé), de *tannalbine* (tannate d'albumine).

Le tannigène a été prescrit à vingt-quatre enfants atteints de diarrhée plus ou moins grave. Les doses prescrites ont été de 40 à 60 centigrammes par jour pour les enfants les plus jeunes, de 60 centigrammes à 1 gramme pour les plus âgés. La dose totale était divisée en paquets de 20 centigrammes donnés dans la journée, dans une cuillerée de lait ou d'eau sucrée, au nombre de deux, trois, quatre, cinq suivant l'âge.

Chez les enfants tout jeunes que M. Comby a eu à traiter (la plupart de moins d'un an) il n'a pas dépassé la dose de 1 gramme par jour. Mais, dans la seconde enfance, on peut aller à 1 gr. 50 et 2 grammes.

Le médicament, en raison de son insipidité et de son absence d'odeur est accepté sans répugnance par les enfants; il ne trouble pas l'appétit et n'irrite pas l'estomac.

Le tannigène se dédoublerait dans l'intestin en acétate de potasse et tanin.

Il ne saurait prétendre au rôle de médicament antiseptique efficace contre le choléra infantile. Il n'a qu'une action réellement utile que dans les diarrhées simples, lientériques, apyrétiques ou presque apyrétiques.

La tannalbine, poudre jaune, sans goût désagréable, sans odeur, ne se décompose également que dans le suc alcalin de l'intestin. A ce niveau elle se dédouble en albumine et en tanin. Comme le tannigène elle est inoffensive pour le tube digestif, même quand elle est continuée pendant des semaines et des mois; elle ne cause aucun dégoût, aucun trouble de l'estomac. Sa teneur en tanin ne dépasse pas 50 0/0, elle peut être prescrite à doses un peu plus fortes que le tannigène.

M. Comby prescrit des paquets contenant chacun 25 centigrammes de tannalbine et en donne deux, trois, quatre, cinq suivant l'âge des enfants par vingt-quatre heures. Le médicament est pris dans une cuillerée à café de sirop simple; la poudre étant très légère ne se mêlerait pas facilement au lait.

La tannalbine employée seule ne peut guérir les entérites intectieuses; dans ces cas son action est utilement complétée par l'emploi du calomel à doses fractionnées (3 à 5 milligrammes toutes les deux heures).

En somme, dans les cas simples, les tanniques pourront suffire; dans les cas graves il y aurait imprudence à ne compter que sur eux et à ne pas faire appel aux procédés classiques.

G. Lyon.

Sur l'absorption de l'iodure de sodium et de la quinine par la voie rectale chez les enfants, par Ettore Somma. (*La Pediatria*, n° 1, 1897. — La difficulté de faire absorber aux enfants par la voie gastrique la plupart des médicaments a conduit à rechercher d'autres moyens d'introduction des médicaments dans l'organisme.

La voie rectale est communément utilisée aujourd'hui pour faire absorber des principes actifs. En ce qui concerne les iodures, Gerhardt, Köbner, Colantoni et Solles ont reconnu l'utilité des lavements iodurés. D'autre part Garofalo a montré que l'absorption de la quinine administrée par le rectum se fait d'une façon prompte et sûre. On peut déceler la présence de la quinine dans l'urine dix minutes après son introduction dans le rectum, tandis qu'elle apparaît au bout de quatorze minutes quand elle a été injectée sous la peau.

Somma dans ses expériences a employé des solutions d'iodure à 50 centigrammes — 1 gramme pour 100 grammes d'eau et des solutions de sels de quinine à 50 centigrammes — 1 gramme pour 20 à 30 grammes d'eau. (Hydrochlorate, bisulfate et bichlorure.)

Voici les résultats de ses recherches :

L'iodure de sodium, administré par la bouche ou en lavements, commence à être éliminé par les urines en moyenne au bout de quinze minutes et la durée totale de son élimination est en moyenne de trente heures quand il est administré par la bouche, de vingt-sept heures quand il est donné en lavements.

Dans la salive l'iodure apparaît respectivement au bout de deux minutes (voie buccale) et de trois minutes (voie rectale); la durée de son élimination est de vingt-huit heures (voie buccale) et de trente-quatre heures (voie rectale).

La quantité d'iodure qui s'élimine par les urines dans l'espace de vingt-quatre heures, lorsqu'on a administré 50 centigrammes d'iodure est en moyenne de 17 centigrammes.

Les lavements iodurés sont toujours bien supportés par les enfants et ne provoquent jamais d'irritation de la muqueuse rectale.

La quinine administrée par la bouche apparaît dans l'urine au bout de trente-sept minutes et son élimination complète s'effectue en moyenne en soixante heures; la quinine introduite dans le rectum apparaît dans l'urine au bout de trente-deux minutes et la durée totale de son élimination est de cinquante heures.

En soixante-douze heures s'éliminent par l'urine

223 milligrammes de quinine pour 50 centigrammes administrés par la bouche et 218 milligrammes pour la même quantité administrée en lavement.

Les lavements de quinine, contrairement aux lavements iodurés, sont mal supportés et déterminent rapidement de la rectite. Ils sont donc à déconseiller si l'on peut utiliser la voie stomacale.

G. Lyon.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

L'ichtalbine (albuminate d'ichtyol), préparation insipide et inodore à base d'ichtyol. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 3 juin 1897.) — Sack (de Heidelberg) reconnaît à l'ichtyol une action générale, se traduisant sur l'organisme par un relèvement des échanges nutritifs. Mais son administration interne se heurte à de nombreux inconvénients (renvois malodorants, nausées, etc.). L'emploi de pilules kératinisées force à l'ingestion de quantités exagérées de ces pilules (elles sont dosées à 10 centigrammes, et leur prix est assez élevé).

Sack, se souvenant des résultats obtenus par Gottlieb qui est parvenu à préparer un albuminate de tanin ne présentant ni saveur ni odeur, la tannalbine, soluble seulement en milieu alcalin (v. cette *Revue*, p. 208, 1896), a cherché à obtenir un produit analogue à base d'ichtyol. L'*ichtalbine*, ou albuminate d'ichtyol, n'est pas soluble en milieu acide, mais l'est facilement et complètement en milieu alcalin : elle traverse donc l'estomac sans se modifier et n'est digérée que dans l'intestin. L'addition à une solution alcaline d'ichtalbine d'un peu d'acide provoque un précipité abondant.

Les expériences *in vitro* ont montré qu'à la température du corps il faut 100 centimètres cubes environ de suc intestinal pour dissoudre entièrement en quatre à cinq heures 2 grammes d'ichtalbine.

Des expériences faites sous la direction du Pr Kramer ont démontré que le produit possède des qualités antifermentescibles marquées.

L'ichtalbine, donnée au moment des repas aux doses de 1 à 2 grammes deux à trois fois par jour, favorise les selles, excite l'appétit et la nutrition : dans six cas d'acné rosacea, des modifications importantes de l'état local furent consignées à la suite de son emploi.

On a noté aussi une action énergique sur les cystites en général.

En résumé, on se trouverait en présence d'un produit assez facilement assimilable pour permettre l'étude et l'utilisation approfondies de l'action de l'ichtyol sur l'organisme : ce médicament, sous sa forme usuelle, présentait trop d'inconvénients pour qu'on ait pu jusqu'à ce jour épuiser la question.

E. Vogt.

L'acide picrique en thérapeutique, par Courtellemont. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 61, 1er août 1897.) — Le pansement picriqué employé pour la première fois par M. Thiéry il y a six ou sept ans dans le traitement des brûlures superficielles, a été appliqué dans le service de M. Monod à des malades atteints de trois affections différentes : brûlure, ulcère de jambe et plaie simple.

L'acide picrique a toujours été employé en solution, sous forme de compresses humides appliquées sur les parties malades; jamais on n'a eu recours aux bains locaux. On s'est servi de la solution saturée, c'est-à-dire au titre de 12 à 13 grammes pour 1000. Il est nécessaire de désinfecter la plaie avec le plus grand soin, avant de procéder au pansement picriqué.

La plaie une fois lavée, on applique les compresses, humides; ces compresses doivent avoir été bien imbibées. On en recouvre la partie malade, en mettant une bonne épaisseur, par exemple trois compresses superposées autour du membre. Le pansement dépasse la plaie en haut comme en bas. Par-dessus les compresses on applique une bonne couche d'ouate ordinaire et une bande de tarlatane.

L'absence de toute enveloppe imperméable est le second point essentiel : l'acide picrique doit être sec pour agir, il ne peut le devenir que si on laisse s'évaporer l'eau de la solution.

Il est nécessaire d'espacer longuement les pansements ultérieurs, car le pansement, pour devenir sec, exige un certain temps, au moins un jour. La longue durée d'application est un point essentiel de la technique du pansement picriqué; le pansement doit être laissé en place sept jours; en tout cas, il ne doit pas rester appliqué moins de trois jours, à moins de circonstances exceptionnelles. Ce qui doit faire faire un pansement avant le septième jour, ce n'est ni la quantité de l'écoulement (à moins qu'il ne soit cependant par trop abondant), ni l'odeur, quelquefois très marquées l'une et l'autre dans les ulcères et les brûlures; c'est la douleur ou la température.

Quand on pratique le renouvellement il faut

se garder d'enlever la croûte circulaire qui entoure la plaie après quelques pansements.

C'est l'anneau de kératinisation.

Le pansement à l'acide picrique a donné d'excellents résultats dans les brûlures; deux faits frappent particulièrement : l'absence de douleur et la rapidité de dessiccation.

Dans le traitement des ulcères, comme dans le traitement des brûlures, l'acide picrique est remarquable par deux effets précieux : la suppression de la douleur et la rapidité de la cicatrisation. Dès la première application la plaie change complètement d'aspect : elle est détergée, le fond est devenu rouge et couvert de bourgeons, l'étendue a diminué. Le plus souvent la guérison complète survient sous le troisième pansement. Il est bon d'ajouter, comme correctif, que ces résultats surprenants n'ont été constatés que dans des cas d'ulcères peu étendus et peu profonds, de date relativement récente.

Dans le traitement des plaies simples le pansement picriqué permet aussi d'obtenir une cicatrisation rapide.

Le pansement picriqué présente certains inconvénients : il détermine une légère sensation de brûlure au début de son application, parfois des érythèmes localisés. Il est surtout désagréable pour celui qui le fait, en raison de la coloration indélébile qu'il donne aux téguments.

G. Lyon.

Contribution à l'étude pharmacologique de l'extrait fluide d'apocynum cannabinum. (*Thèse de Tomsk*, 1896). — Pour Dotschewsky l'apocynum cannabinum est un moyen thérapeutique puissant qui remplace avantageusement la digitale dans les cas où celle-ci n'agit plus sur le cœur, ou bien dans les cas où elle ne peut pas être administrée pour une raison ou pour une autre.

D'après les observations de l'auteur, les indications sont identiques pour les deux substances médicamenteuses. Mais la condition *sine qua non* de l'action de l'apocynum cannabinum c'est l'intégrité du muscle cardiaque aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique. Il en résulte que dans les cas où le muscle cardiaque présentera des modifications dégénératives très prononcées, l'apocynum cannabinum sera plutôt nuisible qu'utile. Il n'est pas non plus indiqué d'administrer l'apocynum cannabinum dans l'insuffisance aortique pure.

L'extrait fluide d'apocynum cannabirum n'a pas d'action cumulative et peut être employé pendant longtemps. La dose de douze à quinze gouttes, trois fois par jour, est suffisante pour élever la pression sanguine et pour régulariser les fonctions cardiaques même dans les cas où il résulte de profonds troubles de compensation. Des doses plus élevées peuvent provoquer des vomissements, des nausées, de la diarrhée, de la céphalée et des palpitations. La meilleure manière d'administrer l'apocynum cannabinum, c'est de faire prendre pendant trois jours quinze gouttes (trois fois par jour), et puis de huit à dix gouttes aussi trois fois par jour.

Ce n'est pas l'œdème mais l'état du pouls et celui de la pression sanguine qui donneront les indications ou les contre-indications pour l'emploi du médicament. Il arrive souvent que la diurèse devient plus prononcée après qu'on a suspendu le traitement.

Ajoutons enfin que d'après Dotschewsky l'action tonifiante qu'exerce sur le muscle cardiaque l'apocynum cannabinum résulte de la régularisation des fonctions cardiaques et du rétablissement de la nutrition normale du muscle cardiaque.

B. Taft.

FORMULAIRE

Engelures rebelles des pieds.

Sous-acétate de plomb liquide	5	grammes.
Teinture d'iode	5	—
Teinture d'opium	5	—
Amidon	10	—
Gycérine neutre	140	—

Traitement des taches pigmentaires.

Sublimé corrosif	50	centigr.
Sucre blanc	15	grammes.
Jaune d'œuf	n° 1.	
Jus de citron, environ	30	grammes
Eau distillée	250	—

En applications le matin; laisser sécher.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le Pr Le Dentu, le Dr Doyon (d'Uriage), le Dr Auguste Reverdin (de Genève).

Au grade de chevalier : Le Dr Brun, chirurgien des hôpitaux; le Dr Legendre, médecin de l'hôpital Tenon; le Dr Bezançon, ancien maire de Boulogne-sur-Seine; le Dr Vagnat, maire de Briançon; le Dr Chavanis (de Saint-Etienne; le Dr Pons, président du conseil d'administration de Nérac; le Dr Bailly (de Chambly); le Dr Casamayor-Dufaur (d'Oloron); le Dr Carrier (de Lyon); le Dr Legras (de Dompaire), et le Dr Thiron, de Chambéry.

Officiers de l'Instruction publique : MM. le Dr Barette (de Caen); le Dr Beauvisage (de Lyon); le Dr Boinet (de Marseille); le Dr Bordas (de Paris); le Dr Boursier (de Bordeaux); le Dr Bruté (de Rennes); le Dr Debierre (de Lille); le Dr Ferré (de Bordeaux); le Dr Gauderon (de Besançon); le Dr Gilis (de Montpellier); le Dr Guérin (de Nancy); le Dr Hugounenq (de Lyon); le Dr Pégoud (de Grenoble); le Dr L.-H. Petit (de Paris); le Dr Rey (d'Alger); le Dr Viaud Grand-Marais (de Nantes); le Dr Ville (de Montpellier).

Officiers d'Académie : MM. le Dr Bataille (de Rouen); le Dr Beille (de Bordeaux); le Dr Brousselle (de Dijon); le Dr Carlier (de Lille); le Dr Chambrelent (de Bordeaux); le Dr Charier (d'Angers); le Dr Devaux (de Limoges); le Dr Devic (de Lyon); le Dr Dianoux (de Nantes); le Dr Galavielle (de Montpellier); le Dr Garaud (de Saint-Etienne); le Dr Guillon (de Nancy); le Dr Mesnard (de Bordeaux); le Dr Mouret (de Montpellier); le Dr Peltier (de Sedan); le Dr Saligue (de Créon); le Dr Thomas (de Tours); le Dr Trollard (d'Alger); le Dr Tuffier (de Paris).

Congrès de Moscou. — A l'heure où nous mettons sous presse, le Congrès va s'ouvrir; 500 médecins français se sont fait inscrire, dit-on, 700 allemands, etc. Une réception avait été projetée à Berlin sous les auspices du Pr Liebreich et du Dr Posner, secrétaire de l'Association de la Presse médicale berlinoise. Il paraît que cette réception, dont le programme comportait une visite aux divers hôpitaux, instituts, etc., et une « soirée de bière », n'aura pas lieu, les congressistes français, invités par la voie de la presse, ayant envoyé trop peu de réponses, ont dit les organisateurs. Il nous semble que ces messieurs ont fait preuve d'une susceptibilité un peu exagérée, en même temps que d'une connaissance insuffisante des habitudes françaises. C'est Moscou qui est le but : si, au passage, on nous attend à la gare, tant mieux : mais, incertains comme le sont les médecins, des loisirs que leur laissera au dernier moment la profession, il n'est pas étonnant que beaucoup se soient dit qu'ils s'arrêteraient à Berlin, s'ils le pouvaient, sans croire utile d'envoyer des adhésions exposées peut-être à rester lettre morte. C'est au retour qu'il eût fallu placer cette visite, que l'on eût achevé d'organiser à Moscou pendant les causeries du Congrès. Mais qui sait si Berlin n'a pas mis quelque coquetterie à vouloir écrémer à son profit l'enthousiasme et la curiosité des visiteurs du Congrès russe?... C'est un peu la dame du premier offrant une tasse de thé aux invités de la soirée du deuxième...

Les gaietés de l'Administration. — Voici la dernière — jusqu'à ce jour, — mais elle en vaut d'autres. C'est le grave *Temps* qui nous la fait connaître, sur l'indication d'un de ses lecteurs :

« La commune de Planaise (Savoie) n'ayant pas de fontaines publiques, et ne pouvant avoir d'eau jaillissante à cause de sa situation sur un sommet, a songé à établir des citernes, et notamment une citerne à côté de la mairie. *Elle devait être alimentée par les* EAUX PLUVIALES *du toit de la mairie.*

« Elle a donc fait établir tous les plans et devis nécessaires, et a demandé à être autorisée à contracter un emprunt pour faire face aux dépenses. Le dossier de cette demande d'emprunt est allé au ministère.

« Or, la paperasse traditionnelle en matière d'eau distribuée au public, c'est, depuis un récent décret, *l'analyse de l'eau* pour laquelle on veut faire les travaux.

« Le ministère a fait retour du dossier avec cette seule annotation : *Manque l'analyse de l'eau.* »

Demander l'analyse de l'eau de la citerne, une fois celle-ci établie, passe encore. Après tout, le bureau d'hygiène a le droit de veiller à la contamination par les matières fécales et le jus de fumier, voire même par la fermentation des feuilles et poussières pouvant encombrer les gouttières du toit de la mairie.

Seulement, voilà! Il y a un imprimé, et l'imprimé c'est toute l'administration.

A Lausanne, il y a quelques années, l'eau d'alimentation propageait visiblement la fièvre typhoïde. Enquête, expertises, rien n'y fit. L'eau venait directement des plus purs glaciers. Ce n'est que par un pur hasard, que, longtemps après, un membre de la commission, se promenant sur les hauteurs, à la recherche de l'Edelweiss ou peut-être bien d'une bonne place pour un hôtel, rencontra une mare infecte où pourrissait une affreuse charogne. Le paysan voisin lui expliqua ingénument qu'il mettait là ses veaux crevés pour nourrir les écrevisses : celles-ci, très friandes, n'avaient d'*yeux* que pour lui. Le trop-plein allait dans un ruisseau communiquant avec la source qui, soigneusement canalisée, amenait à Lausanne le bacille typhique et ses camarades. On était en Suisse; on isola la mare immédiatement. Je ne pourrais pas affirmer que chez nous, cette fermeture eût pu s'obtenir aussi facilement. Il y aurait eu sûrement matière à enquête.

Médecins et mutualités. — Le *Concours médical* relève ce passage du rapport de l'*Union du commerce* (mutualité qui fonctionne à Paris et qui célébrait dernièrement son cinquantenaire sous la présidence de M. Barthou, ministre. Cette Société compte 16,050 membres et possède un avoir de près de deux millions) : *Les médecins ont fourni*, en 1896, *38,560 consultations et fait 13,122 visites. Ils ont touché comme honoraires 62,289 fr. 30.*

Si l'on rapproche, dit notre confrère, ces totaux jusqu'à en faire les facteurs d'une indiscrète division arithmétique, celle-ci apprendra aux médecins que, défalcation faite des visites de nuit et des opérations, ils ont gagné 1 franc chaque fois qu'un membre de l'*Union du commerce* s'est offert le luxe de les mettre à contribution. Ce qui prouve, une fois de plus, que la mutualité se considère comme ayant les mêmes droits à notre assistance que le malheureux indigent, puisqu'elle nous honore sur le même tarif.

Nécrologie. — Le Dr Bessac, d'Anor. — Le Dr Chudzinski, préparateur au Laboratoire d'anthropologie. — Le Dr Benjamin Clémenceau. — Le Dr Delaissement, de Saint-Quentin. — Le Dr Delbecq, d'Estaires. — Le Dr Guardia, ancien bibliothécaire de l'Académie de médecine. — Le Dr Hubin, de Thomery. — Le Dr Macquart, de Somme-Suippe. — Le Dr Michel, de Firminy. — Le Dr Plonquet, d'Ay. — Le Dr Pochoy, de Voiron. — Le Dr Wagnier, de Lille. — Le Dr Choné, médecin-major de 1re classe. — Les Drs Minard et Moinel, médecins-majors de 2e classe. — Le Dr Anstett, de Soultz-sous-Forets. — Le Dr Bart, de Steenbecque. — Le Dr Eugène Janssens, de Bruxelles. — Le Dr Legros, rédacteur de la *Presse médicale belge*.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau Formulaire magistral, par les Drs A. Bouchardat, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris, et G. Bouchardat, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, 31e édition. (1 vol. in-18 de 690 pages, broché, 3 fr. 50; cartonné à l'anglaise, 4 fr. Félix Alcan, éditeur.)

Les éditions de ce livre, indispensable aux médecins et aux pharmaciens, se succèdent à courts intervalles et sont successivement mises au courant des découvertes de la thérapeutique. Nous signalerons parmi les ajoutés de cette édition, le trional, qui prend une place importante à côté du sulfonal et du chloral, les préparations de menthol, de résorcine, d'ichtyol, de théobromine, de pipérazine et ses homologues, les glycéro-phosphates divers de chaux, de soude, de fer, introduits par M. Robin, les préparations de glandes thyroïdes de veau et de mouton, les sérums artificiels pour les injections cutanées, l'aldéhyde formique et ses dérivés employés comme antiseptiques, etc., etc.

Les nouveaux agents, sérums, liquides de cultures de bacilles pathogènes, ne pouvant être, d'après la loi, préparés dans les officines, les auteurs se sont contentés d'en indiquer les cas et les modes d'emploi.

Etude sur les bruits subjectifs de l'ouïe, par H. Neumann. (*Studiu asupra sgomotelor subiective ale auzului. Thèse de Bucarest*, juin 1897.)

Travail très complet comprenant les chapitres suivants : 1° Bruits subjectifs et hallucinations de l'ouïe; 2° Etiologie et Pathogénie des bruits;

3° Séméiologie; 4° Diagnostic; 5° Observations personnelles; 6° Traitement. Ce dernier chapitre est celui qui intéresse particulièrement nos lecteurs. L'auteur fait remarquer que les bruits subjectifs n'étant qu'un symptôme des diverses affections de l'ouïe, c'est cette dernière qu'il s'agit de traiter pour faire disparaître le premier. En outre, le traitement s'adressera aux différentes affections qui prédisposent aux troubles de l'oreille, telles que les maladies de la gorge, du nez, de la bouche, du naso-pharynx et en particulier les végétations adénoïdes; les affections constitutionnelles, professionnelles; les différentes diathèses, les différents exanthèmes. On n'oubliera pas les bourdonnements d'origine réflexe (estomac, utérus, etc.).

Une fois qu'on aura établi que la cause des bruits réside dans l'oreille, on cherchera, en traitant ces différentes affections, à faire disparaître les bourdonnements. Cela sera plus ou moins facile s'il s'agit d'une affection du conduit, de la trompe, de certaines affections de la caisse, mais cela sera très dificile, impossible même si nous avons affaire à une otite moyenne chronique hypertrophique ou atrophique, surtout si celles-ci s'accompagnent d'une affection du labyrinthe, comme cela est ordinairement le cas.

L'auteur passe ensuite en revue tous les traitements employés jusqu'à aujourd'hui contre l'otite scléreuse.

Il les a mis lui-même en pratique dans le service oto-rhino-laryngologique de la « Policlinique de Bucarest » où il les a vu appliquer par son maître et chef de service le Dr Marcel. Il pense avec ce dernier et le Pr Walb (de Bonn) que le traitement opératoire, quel qu'il soit, est absolument inefficace lorsque la sclérose a gagné le labyrinthe.

Dans ces derniers temps, l'auteur nous dit que le Dr Marcel a employé, sans grand succès d'ailleurs, la méthode de Cohen Kysper (de Hambourg) (1) qui consiste à injecter dans la caisse un ferment capable de digérer les matières albuminoïdes. On n'a pas été plus heureux avec le procédé de F. Alt, assistant du Pr Gruber, qui consiste à faire la paracenthèse du tympan et à injecter ensuite par la trompe, dans la caisse, de la vaseline liquide stérilisée, afin de provoquer une suppuration inoffensive et de maintenir béant l'orifice artificiel du tympan.

On n'a pu se procurer de la thyroïdine pour essayer le traitement préconisé par Vulpius (de Weimar) et Brühl, assisitant du Pr Politzer (de Vienne). Enfin actuellement on essaye le traitement de Gradenigo par les injections intra-musculaires d'une solution iodo-iodurée selon la formule de Durante.

(1) V. *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, n° 2, 1897.

Le traitement du mal de Pott, par le Dr A. Chipault (de Paris). (N° 2 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*.) Masson et Cie, éditeurs, une brochure in-8°, 1 fr. 25.

Ce fascicule, le deuxième numéro de la collection de l'*Œuvre médico-chirurgicale*, expose les règles que tout chirurgien prudent mais renseigné doit strictement suivre dans le traitement du mal de Pott et de ses complications.

Le Dr Chipault, inventeur de la méthode thérapeutique qui a causé une si grande sensation dans le monde médical, étudie avec une clarté vraiment remarquable : 1° le traitement des cas où la lésion vertébrale constitue à elle seule toute la symptomatologie; 2° le traitement des cas où cette lésion vertébrale s'accompagne de complications : paraplégie ou abcès froid. Il décrit avec un grand luxe de détails tous les appareils et interventions sanglantes qui doivent réaliser la base de tout traitement essentiel de la tuberculose vertébrale, c'est-à-dire l'immobilisation du malade. Les ligatures apophysaires et la réduction, sous chloroforme, de la gibbosité, méthodes que Chipault revendique énergiquement comme siennes, sont traitées d'une manière approfondie et surtout très compétente.

Les récentes discussions de la Société de chirurgie sur la réduction de la gibbosité soulevées par les travaux de Chipault prêtent à ce fascicule un intérêt tout particulier.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Natalité, pauvreté et richesse. — La diminution de la natalité est un fait spécial à la France, et qui remonte à cent ans. Elle a surtout diminué dans les départements agricoles riches (Normandie) et reste élevée dans les départements les plus pauvres. Cette différence est surtout sensible dans les arrondissements de Paris. Ainsi M. Jacques Bertillon a constaté que pour 1,000 femmes de 15 à 20 ans il y avait :

1° Dans les arrondissements très riches (Elysée).	34	naissances p. 1,000 femmes.
2° Dans les arrondissements très riches.....	53	—
3° Dans les arrondissements riches.....	65	—
4° Dans les arrondissements aisés.....	72	—
5° Dans les arrondissements pauvres.....	95	—
6° Dans les arrondissements très pauvres.....	108	—

Ainsi dans les arrondissements très pauvres de Paris 1,000 femmes de 15 à 20 ans font trois fois plus d'enfants que dans les arrondissements très riches. Il est donc bien évident que la restriction volontaire chez les gens riches est la principale cause de la faiblesse de la natalité. Ils éludent ainsi les prescriptions du code civil sur l'égalité des héritages.

En comparant des populations de race, de culture, de croyances religieuses ou d'émancipation philosophique comparables, M. J. Bertillon montre qu'on ne peut attribuer l'infécondité des mariages français ni à des raisons physiologiques, ni à des motifs d'ordre intellectuel, moral ou religieux.

Nous croyons cependant que seule l'influence moralisatrice de la religion peut mettre quelque obstacle à cette restriction volontaire, c'est d'ailleurs un fait constaté bien des fois, ce sont dans les départements où la religion est encore le mieux pratiquée que les doctrines de Malthus rencontrent le moins d'adeptes et c'est là par conséquent que la natalité est encore la plus forte.

(*Journal des sc. méd. de Lille*, 5 juin 1897.)

Les tissus dits « hygiéniques ». — La vogue de ces tissus est considérable à l'étranger et même en France où d'importantes maisons en font un commerce actif. Kneipp n'a pas peu contribué à encourager cet engouement en habituant le public à voir *spécialiser* froidement, au nom de l'hygiène, les plus futiles objets de la toilette. La plus grande partie de ces tissus hygiéniques, laines de tourbe, etc., viennent d'Allemagne, nous dit *l'Echo de Lyon*.

Le Dr C. Bleicher (*De la sophistication des tissus et lainages de tourbe et de pin* (Thèse de Lyon, 1897), a fait une étude très consciencieuse, au point de vue médical, de la valeur réelle de ces tissus tant vantés dont le simple port doit mettre en fuite le rhumatisme, la phtisie et jusqu'à l'obésité : disons de suite qu'il a trouvé cette opinion — des fabricants — un peu audacieuse. Voici les conclusions auxquelles ses recherches l'ont conduit.

Le Dr Bleicher a pris lui-même les tissus, qu'il a examinés, dans les maisons qui les fabriquent, et s'est entouré de toutes les précautions voulues pour éviter les erreurs. Des essais auxquels il s'est livré, dans le laboratoire de M. Florence, il résulte :

I. — En ce qui concerne les *tissus de tourbe :* 1° Que la tourbe, surtout celle qui, par sa combustion lente, s'est, de plus en plus, approchée du carbone, jouit certainement des propriétés

absorbantes et décolorantes du charbon et qu'elle pourrait le remplacer, en certains cas, dans la thérapeutique;

2° Que les fibres retirées de la tourbe, fibres qui, par leur nature, sont plus voisines de la cellulose que du charbon, n'ont cette propriété que d'une façon très atténuée;

3° Que les *tissus dits de laine de tourbe* ou à laine de tourbe, qu'il a pu se procurer, ne contiennent que des traces très faibles de fibres de tourbe, et qu'ils n'ont d'autres propriétés que celles qu'ils doivent à la laine ordinaire dont ils sont formés.

II. — En ce qui concerne les *tissus de pin :* 1° Que *ces tissus ne contiennent pas la moindre trace de fibres* extraites des aiguilles de *pin;* ils ne renferment que de la laine vulgaire;

2° Que la coloration brune, caractéristique de ces tissus, est obtenue artificiellement, ainsi que le prouve d'abord la nature des fibres dont ils sont formés « laine et coton » et le chrome qui a servi à les mordancer;

3° Que l'action de ces *tissus, dits à laine de pin,* ne saurait être différente de celle des tissus ordinaires, à moins qu'on ne veuille en trouver une dans leur odeur faiblement résineuse.

Enfin, le Dr Bleicher affirme que *ces tissus constituent de véritables fraudes* sur la nature de la substance vendue; fraudes sur leurs prétendues propriétés, et qu'il est à désirer que des *escroqueries si effrontées* soient dévoilées, au même titre que toutes les fraudes sur les substances alimentaires ou médicamenteuses. Nous devons féliciter le médecin lyonnais de sa courageuse attitude autant que de son utile et consciencieux travail; nous souhaitons qu'il soit suivi dans cette voie par de nombreux chercheurs, qui démasqueront les sophistications habiles ou les plates fumisteries cachées dans la plupart des spécialités pharmaceutiques.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale
la Faculté de médecine de Paris,
Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement du mal de Pott

Par le Dr F. Calot (de Berck-sur-Mer)

Chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud et du dispensaire de Berck (1).

A ceux qui me considèrent comme trop interventionniste dans le traitement du mal de Pott, je veux faire remarquer dès le début de cette communication que je suis le plus conservateur des chirurgiens en ce qui regarde le traitement des tuberculoses locales.

Mes publications sur ce sujet et plus particulièrement mon livre sur la coxalgie montrent que j'ai soutenu la supériorité indiscutable de la conservation à outrance, à un moment où la résécomanie sévissait encore un peu partout...

Et mon attitude est la même en présence des manifestations tuberculeuses du mal de Pott, c'est-à-dire du foyer tuberculeux siégeant dans les vertèbres ou des manifestations symptomatiques qui en dérivent le plus directement : je veux parler de la paralysie et de l'abcès par congestion.

Ici, comme ailleurs, le traitement idéal est pour moi celui qui comporte le minimum d'interventions chirurgicales. A l'encontre de beaucoup de chirurgiens, je me refuse à attaquer directement, en aucun cas, le foyer vertébral, à opérer jamais par la méthode sanglante une paralysie pottique. Pourquoi, sinon parce que les interventions chirurgicales sont graves et presque toujours inefficaces, mais parce que le chirurgien qui s'abstient systématiquement obtient beaucoup plus de guérisons que celui qui intervient. Pour l'abcès par congestion, je ne fais jamais d'incision, jamais de grattage; quelquefois la ponction suivie d'injections d'éther iodoformé ou de naphtol camphré, et cela dans les cas seulement où l'abcès est très volumineux et menace la peau.

Je ne puis assez m'étonner que les chirurgiens qui ont tout osé et tout fait pour combattre ces manifestations du mal de Pott pour lesquelles l'abstention est cent fois préférable, n'aient jamais songé à lutter contre la gibbosité, qui cependant, si l'on ne s'y oppose, s'installe et s'accroît fatalement. Or, la gibbosité est ici la manifestation symptomatique

(1) Communication à la Section de chirurgie du *XIIe Congrès international de médecine de Moscou*, 19-26 août 1897.

particulièrement grave. Supprimez la gibbosité, avec ses conséquences immédiates ou éloignées, et le mal de Pott n'est plus la maladie redoutable entre toutes que vous savez. Ne rien faire, cela veut dire s'en tenir aux traitements employés jusqu'à ce jour, car ni les gouttières ni les corsets ne peuvent, en effet, empêcher la gibbosité de se produire et de s'aggraver : tous les chirurgiens le savent ; on en trouve du reste l'aveu chez tous les auteurs qui ont écrit sur la question.

Ces traitements classiques peuvent se ramener à ces deux variétés : ceux qui préconisent le repos au lit avec ou sans gouttières ; ceux qui consistent dans le port d'un corset permettant la marche.

Si j'ouvre le traité de Lannelongue sur la tuberculose vertébrale, je lis : « On voit dans le mal de Pott la gibbosité se produire et s'augmenter malgré le décubitus horizontal. Je pourrais citer, ajoute ce maître, un nombre respectable de faits cliniques, dans lesquels la gibbosité a continué à s'accroître, malgré le décubitus assez rigoureux et de longue durée. »

La gouttière de Bonnet est pareillement insuffisante. « J'ai vu, à Berck-sur-Mer, disait un autre chirurgien au Congrès français de 1892 (1), j'ai vu des gibbosités naître et se développer dans les gouttières, et, quant aux corsets, les gibbosités peuvent s'accroître tout à leur aise dans leur intérieur. » « On retire souvent de la gouttière des enfants difformes, » dit ailleurs Lannelongue ; et encore : « La gibbosité se produit dans l'appareil de Sayre, ainsi que je l'ai observé maintes fois sur mes malades et sur des sujets traités par les chirurgiens les plus compétents. »

Ces citations me dispensent d'apporter des observations de malades que j'ai pu voir, soignés par les plus grands des maîtres, et chez qui néanmoins s'était produite et développée une gibbosité plus ou moins grande.

Pourquoi donc m'attarder à établir cette insuffisance des anciens traitements qui est évidente, indiscutable pour tous les chirurgiens ayant eu à soigner un grand nombre de malades atteints du mal de Pott, et aussi — hélas ! — pour tous les parents qui ont eu des enfants frappés de cette terrible maladie ?

Ai-je besoin d'ajouter que c'est uniquement parce que j'ai moi-même constaté sur mes nombreux malades l'impuissance des traitements classiques à arrêter la déviation rachidienne que j'y ai renoncé et que j'ai cherché à combler cette lacune avérée et avouée, en adoptant une autre attitude que mes devanciers et une autre thérapeutique.

Prenons un mal de Pott au début ; la gibbosité est à peine appréciable. Comme dans toutes les tuberculoses ostéo-articulaires, deux indications thérapeutiques s'imposent : 1° l'immobilisation du foyer morbide ; 2° la décompression des surfaces malades. Or, l'immobilisation parfaite du rachis n'est assurée par aucun des traitements actuellement en usage ; la gouttière de Bonnet, le corset de Sayre, tel qu'il est construit par son inventeur, la planche de Lannelongue, le lit plâtré de Lorenz, ne réalisent qu'une immobilisation très relative.

J'apporte un moyen de contention du rachis absolument parfait, s'appliquant par conséquent à tous les maux de Pott quel que soit leur siège.

Voilà remplie, d'une manière parfaite, la première indication thérapeutique.

La deuxième indication, à savoir la décompression des surfaces articulaires malades, commande, comme la première, le repos au lit. Mais le repos au lit ne suffit pas ; il laisse

(1) Page 637 des *Comptes rendus*.

persister la contracture musculaire, qui est une cause de compression permanente du foyer tuberculeux.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question, sont d'accord sur ce point de doctrine ; et c'est pour cette raison qu'ils ont proclamé la nécessité de l'extension continue. Ollier, Lannelongue, tous les grands maîtres la font ou plutôt essaient de la faire ; car l'extension continue, excellente en principe, est d'une réalisation pratique excessivement difficile, je dirai même impossible. Oui, il est impossible, pour les maladies de la colonne vertébrale d'appliquer exactement l'extension et la contre-extension à la place indiquée, suivant les différents sièges du mal de Pott, de faire que cette extension soit suffisante, de faire surtout qu'elle soit vraiment continue. Malgré tous les efforts, tous les soins, toute la surveillance, cette extension est empêchée à certains moments par quelque léger déplacement de l'enfant; le moindre *impedimentum*, qui se trouve dans le lit, un lien qui cède, etc... N'est-ce pas là autant d'occasions de petits mouvements de va-et-vient des surfaces malades, de petits heurts, de petits traumatismes, c'est-à-dire autant de causes de progression du foyer malade et n'allez-vous pas ainsi manifestement contre le but que vous poursuivez?

Eh bien, cette décompression, ce non contact, dont le principe est proclamé par vous et que vous êtes dans l'impossibilité de produire ou que vous produisez si irrégulièrement et si mal, je la réalise d'un coup, en quelques secondes, et immédiatement je fixe dans cette position de léger écartement des surfaces malades la colonne vertébrale de mon sujet, grâce à l'application du grand appareil plâtré circulaire que j'ai décrit. Voilà, en quelques mots, le traitement nouveau que je viens proposer contre le mal de Pott : *un traitement qui réalise la décompression des surfaces malades dans l'immobilisation absolue du rachis et le décubitus horizontal.*

Ainsi donc, pour moi, les indications thérapeutiques, et je dirai même les principes qui me guident sont les mêmes que pour les auteurs classiques. J'y satisfais d'une manière que je crois être parfaite, tandis que les moyens et les procédés qu'ils avaient à leur disposition étaient notoirement insuffisants.

J'ai dit que je considérais ma manière de faire comme parfaite, avec les perfectionnements que j'y ai apportés depuis ma première communication. La décompression, le léger écartement des surfaces articulaires s'obtient, avec ou sans chloroforme, par une traction très douce de quelques secondes. Il suffit de l'avoir vu exécuter une fois pour se rendre compte qu'elle est d'une bénignité assurée dans tous les cas. Le traumatisme n'est certes pas supérieur aux mille petits traumatismes supportés par le foyer vertébral d'un malade soumis à votre extension continue.

La construction de l'appareil me prend une dizaine de minutes à peine; et c'est tout pour les trois ou quatre mois pendant lesquels ce bandage restera en place. S'il est bien fait, il maintient très exactement le rachis dans la position où on l'a placé. Ceci est une affaire d'habitude ; il ne donne non plus que rarement des escarres entre des mains exercées. Enfin, il n'empêche pas plus les soins de propreté que l'appareil plâtré de la coxalgie remontant jusqu'aux aisselles.

Remarque intéressante. Ceux qui ont fait ce dernier reproche à mon appareil recommandent une minerve plâtrée pour les maux de Pott cervicaux et acceptent le grand appareil de la coxalgie ; réunissez ce dernier appareil à la minerve et vous aurez le plâtré que je fais. Pour faciliter les fonctions viscérales, je découpe actuellement une grande fenêtre sur la partie antérieure du bandage ; je n'embrasse la tête que s'il s'agit de maux

de Pott haut placés et encore, dans ces cas, je n'emboîte que la base du crâne, laissant le front et le haut de la tête libres.

En recherchant les meilleurs moyens de guérir le foyer tuberculeux et d'arrêter la déviation, j'ai corrigé cette déviation. Oui, je le proclame bien haut : le meilleur moyen d'empêcher les surfaces malades de se détruire l'une l'autre par les frottements répétés, c'est de les séparer ; le meilleur moyen d'arrêter une gibbosité dans sa marche, c'est de la corriger. Et cet objectif reste le même pendant toute la durée de l'évolution active de la maladie ; quiconque voudra être logique devra, à toutes les périodes, corriger la gibbosité pottique. Je ne dis pas la corriger intégralement — ceci est une autre question, — mais empêcher le contact des surfaces malades : ce qui veut dire redresser peu ou beaucoup.

Ceci me paraît d'une logique rigoureuse. Vous qui parlez de réclinaison, d'extension continue, voire même de redressement continu, n'acceptez-vous pas le principe de l'écart des surfaces articulaires, c'est à-dire le principe de mon redressement immédiat ? Et ne devez-vous pas, pour être encore logiques, l'accepter à toutes les périodes de la maladie (j'entends du mal de Pott en évolution active) ?

Malgré l'opposition absolue qui paraît exister en votre conduite et la mienne, je répète que le principe qui nous guide est le même, et le même encore l'objectif que nous poursuivons ; mais, tandis que cet objectif, par vous ambitionné, vous ne pourrez jamais l'atteindre par vos procédés actuels, je suis assuré de l'atteindre par ma méthode.

Mais pour vous refuser encore à accepter ma méthode, il vous sera permis, je le veux bien, de m'objecter le danger d'un redressement immédiat et de faire vos réserves sur les limites de son application. Nous allons discuter rapidement ces deux objections.

1° *Les dangers du redressement immédiat.* — L'on m'a reproché de procéder avec trop de force ; j'ai déjà répondu à ce reproche ; et avec ma technique actuelle je suis persuadé que je ne saurais causer aucun dommage à mon malade, soit au point de vue immédiat, soit au point de vue éloigné, par exemple au point de vue de la prédisposition que mon intervention pourrait constituer à une méningite ou à une tuberculose généralisée. Et, lorsqu'il s'agit de gibbosités prononcées, je ne fais actuellement en une séance que la correction qui peut se faire par ces mêmes manœuvres très douces et sûrement inoffensives.

C'est vous dire comme je tiens à ce que ce premier point soit bien acquis : l'innocuité absolue de l'intervention ; donc pas d'hémorragie à craindre, pas de lésions médullaires, pas de rupture d'abcès.

Voici la deuxième objection qui, pas plus que la première, n'a le mérite de la nouveauté : vous amenez, me dit-on, un écartement des deux fragments et il ne se comblera pas par un cal osseux, donc la déviation se reproduira. J'ai déjà fait remarquer que ceux qui parlent d'extension continue et surtout de redressement continu, admettent implicitement la possibilité de la réparation de cet écart — sinon, je ne comprends plus rien à leur langage... Oui, par quelle aberration étrange ceux-là mêmes qui ont la prétention de faire un redressement continu viennent-ils ensuite affirmer l'impossibilité pour la nature de réparer un écartement, quel qu'il soit, produit entre les deux segments vertébraux ?

Les esprits avisés se sont bien gardés, au contraire, de dire que la réparation ne se fait pas ; tout au plus estiment-ils qu'elle ne se fera pas abondante. Cette restriction, je l'admets ; mais qu'au travail de destruction succède un travail de réparation, lorsque la

tuberculose guérit, cela n'est point douteux au point de vue doctrinal : cela se voit sur les os des membres (1).

C'est le principe sur lequel reposent les résections sous-périostées. Pourquoi la tuberculose serait-elle autre au rachis qu'ailleurs? Tout au plus pouvez-vous dire que la réparation se fait moins ici que dans les membres, qu'elle se fera surtout moins bien si le périoste est détruit presque en entier, et c'est ce que dit Ollier se gardant bien de dire qu'il ne se fait pas un travail de réparation. Mais ces réserves sur l'étendue de ce travail de la nature, je les comprends; je vais plus loin : j'accorde même que la réparation sera nulle si la tuberculose, au lieu d'évoluer vers la guérison, évolue vers la destruction progressive comme chez les maux de Pott de vos autopsiés morts dans l'épuisement progressif et la cachexie.

Voyez les pièces de nos musées où ce travail de réparation a eu le temps de se faire : par exemple la pièce du musée du Val-de-Grâce (Redard). L'on aperçoit sur la partie antérieure des corps vertébraux des productions osseuses nouvelles, dont la valeur, on en conviendra, n'est pas négligeable.

Je signalerai encore, entre autres pièces du musée Dupuytren, les nos 258 CDE comme des exemples du travail de réparation et de la production d'ossifications périphériques. Dans la pièce 258 G, l'on voit des productions osseuses nouvelles et solides, et dont quelques-unes sont sous forme de stalactites, maintenir les vertèbres dans leur position anormale.

Je vois, sur la pièce 264, de la partie antérieure du corps de la cinquième lombaire et du bord supérieur et antérieur de la première pièce du sacrum, partir des végétations osseuses très prononcées, qui se recourbent et s'inclinent les unes vers les autres.

Dans la pièce 265 se sont produites également des jetées osseuses qui maintiennent les os dans leur position vicieuse.

La pièce 265 *b* appartenant à un très jeune enfant est encore plus intéressante; on voit sur la partie latérale droite de la face antérieure de la troisième vertèbre lombaire, une apophyse osseuse qui semble constituée par l'ossification du grand ligament antérieur.

Cette apophyse est longue de 2 centimètres environ; elle est en rapport, sans y adhérer, avec la face antérieure des deux dernières lombaires; elle constitue une espèce de support, s'opposant à une inflexion plus considérable.

Il y a mieux : je puis apporter au Congrès la preuve indiscutable de l'existence de ce travail de réparation en vous présentant des radiographies prises sur mes malades opérés.

En voici une où le travail réparateur est bien terminé; c'est la radiographie du troisième malade par moi présenté à l'Académie, qui alors déjà marchait droit. Ce malade avait une gibbosité moyenne datant de deux ans.

Voici qui est encore plus probant. C'est une radiographie prise sur un enfant redressé depuis trois mois et demi seulement. Nous saisissons ici sur le vif le travail de réparation, qui est en train de se faire.

(1) Veut-on quelques faits? Ollier a cité un cas de réparation considérable du sternum à la suite de carie tuberculeuse, malgré que le périoste fût détruit en plusieurs places. Péan citait récemment un cas de régénération considérable de l'humérus à la suite de tuberculose, et moi-même un cas de régénération du fémur sur une longueur de 6 centimètres, malgré la destruction presque complète du périoste à la suite d'une coxalgie suppurée.

Je veux, à dessein, négliger les autres détails de cette radiographie, pour mettre exclusivement en relief le point si important de la production de travées osseuses nouvelles au niveau de la séparation des deux segments de la colonne vertébrale. Cette production est ici indiscutable; on voit partir des faces latérales, rongées en coup d'ongle, de la première vertèbre lombaire, deux travées osseuses de 8 à 10 millimètres d'épaisseur et de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de long, qui vont en convergeant l'une vers l'autre de manière à se toucher à leurs extrémités inférieures et qui réunissent le segment rachidien supérieur au segment inférieur, c'est-à-dire à la colonne osseuse formée par les parties restantes des trois dernières vertèbres lombaires qui avaient été touchées profondément par la maladie. Sur les parties latérales de celles-ci se voient d'autres productions osseuses, véritables stalactites.

Il s'est donc produit en trois mois et demi chez cette enfant des travées osseuses, qui à la rigueur seraient déjà suffisantes pour étayer sa colonne vertébrale redressée; mais ce travail de réparation sera autrement considérable en un an.

Rapprochez, par la pensée, de ces productions osseuses d'une hauteur de 1 centimètre et demi, qui se sont faites en avant, le tassement qui peut mesurer 3 centimètres et plus qui se fait en arrière, et vous conviendrez que l'on puisse arriver à une réparation solide dans la rectitude, après le redressement de gibbosités même assez considérables.

Je veux ajouter que chez l'enfant radiographié ici l'état général était excellent, ce qui nous explique l'abondance et la rapidité avec lesquelles se sont faites les réparations osseuses; et que chez un enfant cachectique l'on ne pourra pas espérer un pareil résultat...

J'attirerai votre attention sur un autre point : j'ai dit que le meilleur moyen d'arrêter la gibbosité, c'est de la corriger. Cette figure ne vient-elle pas démontrer ce que je disais alors? Voilà trois vertèbres déjà malades; si le foyer était resté soumis aux mille petits mouvements des traitements ordinaires et à la compression des surfaces, ces vertèbres se seraient détruites fatalement; en étayant le rachis avec le redressement, on les sauve; on peut dire en toute vérité qu'en corrigeant cette gibbosité on a préservé le malade d'une gibbosité incomparablement plus grande.

La preuve est donc faite, ce me semble. Mais j'ai, pour ceux qui ne verront pas les clichés de mes radiographies (1), pour les opposants quand même, un troisième argument dont personne ne niera la valeur, je pense. Vingt de mes opérés marchent déjà. L'Académie a vu les premiers : ils marchaient droit; tous les académiciens ont pu le constater et l'ont constaté.

Que peuvent les plus beaux arguments théoriques contre un seul de ces faits?

Donc le travail de réparation se fait. Il se fera plus ou moins abondamment suivant l'état général des enfants, mieux sauvegardé à Berck, certes, que dans les grandes villes, suivant la gravité de la tuberculose, suivant que le périoste sera ou non détruit, suivant qu'il y aura telle ou telle disposition anatomique favorable à la réparation, etc. Mais, dit-on, ce travail de réparation a des limites. J'ai été le premier à le dire, et c'est évident! Les opposants me font dire que je compte sur la réparation entière du rachis antérieur, lorsque l'on a produit un écartement de 6 ou 8 centimètres. C'est un procédé de discussion vraiment trop commode. — Je n'ai jamais rien dit de semblable. — Que l'on se reporte à ma communication de l'Académie et l'on verra que je n'ai jamais promis la guérison intégrale pour les gibbosités datant de quelques mois... quatre ou six mois, disais-je,

(1) J'ai montré ces clichés aux membres du Congrès.

admettant par contre que l'on ne puisse généralement espérer qu'un résultat partiel dans les vieilles gibbosités, parce que la puissance de réparation de la nature a évidemment des limites... sans qu'on puisse établir d'avance ces limites pour tel ou tel cas particulier.

C'est pour ces raisons que dans les vieilles gibbosités, si le mal de Pott est encore en évolution active, je redresse partiellement et progressivement.

Premier avantage de cette manière de procéder : j'obtiens ce redressement partiel par des manœuvres aussi douces que celles qui me suffisent pour le redressement intégral des petites gibbosités.

Deuxième avantage : je n'amène ainsi à chaque nouveau redressement qu'un écartement que je crois susceptible de se combler. Effectivement, en procédant de cette façon j'ai eu plusieurs fois la sensation que donnerait la rupture de petites trabécules osseuses produites à la portée antérieure du rachis depuis la précédente intervention.

Pour aider à comprendre de quelle manière la nature pourra dans certains cas, assez défavorables *a priori*, arriver cependant à conserver d'une manière à peu près intégrale la correction obtenue, je rappellerai qu'il n'est pas absolument nécessaire pour que le rachis se maintienne dans la rectitude que l'écartement de la partie antérieure se comble.

Il est aujourd'hui scientifiquement établi par des pièces anatomiques connues de tous, comme celle représentée ici et due à mon ami Regnault, que l'ankylose des lames vertébrales et des apophyses, ankylose (1) qui est fréquente à la suite du mal de Pott, suffit à étayer le rachis, même lorsque persiste un vide au niveau des corps vertébraux. *Mais qui peut dire quel est, dans tel cas particulier, l'écartement produit en avant par les manœuvres de redressement?*

Voici en effet une chose non soupçonnée et qu'il nous a été permis de constater dans plusieurs de nos radiographies : c'est qu'il se produit du fait même du redressement, un glissement des apophyses articulaires, d'où une descente en masse, un tassement du rachis réduisant très notablement la distance qui sépare les segments des corps vertébraux. Depuis j'ai trouvé la confirmation de ce fait dans plusieurs pièces anatomiques, en particulier la pièce n° 261 *a* du musée Dupuytren où l'abaissement en masse du rachis, sans formation de gibbosité, est de 2 centimètres. Combien plus considérable sera chez nos redressés le tassement du rachis postérieur en raison même de la résistance de la cage thoracique et des organes de la partie antérieure du tronc! *D'après certaines de nos radiographies, ce tassement pourrait mesurer 3 ou 4 centimètres.*

Encore une disposition anatomique qui peut se présenter et que j'ai trouvée dans une opération *post mortem* faite par moi tout au début de mes recherches pour un cas de vieille gibbosité. Un espace de 4 centimètres séparait les deux segments sur la ligne médiane, mais sur les parties latérales existaient deux travées osseuses ayant conservé des moyens de nutrition et séparées de 1 à 2 millimètres seulement des deux segments; certainement ces travées auraient servi puissamment à la réparation si l'enfant avait été redressé.

Pour les bosses vieilles de quatre ans, il faut s'abstenir, disait récemment M. Monod, à l'Académie de médecine de Paris. J'avoue qu'il ne me paraît pas si facile que cela de prendre parti pour ou contre l'intervention en pareil cas. Si le chirurgien n'avait d'autre souci que celui de sa statistique, oh! oui, certes, il élaguerait ces cas défavorables, pour

(1) Cette ankylose pourra être favorisée ou produite d'emblée; il suffira de réunir les lames par leur périoste désaché et suturé.

ne conserver que les bons cas de gibbosités au début qui doivent augmenter la proportion des résultats complets.

Mais la question se pose autrement en pratique. Récemment encore, un de nos plus grands maîtres m'adressait un enfant avec une gibbosité de cette variété, — déjà vieille de cinq ans, — et s'accroissant toujours. « Nous ne vous demandons qu'une amélioration, me disait-il, ou même simplement un arrêt de cet effondrement du rachis. »

Si je n'avais pensé qu'à moi, j'aurais laissé s'aggraver cet effondrement; mais en présence d'une situation semblable, le praticien qui fait abstraction de sa vanité chirurgicale et recherche avant tout le bien de son malade ira lutter dans la mesure de ses forces, prudemment et progressivement, contre cet écroulement du rachis. Il arrivera à l'arrêter, et s'il arrive en outre à corriger partiellement la gibbosité, ce qui sera toujours, il pourra à bon droit estimer qu'il a fait œuvre utile; les parents l'estimeront avec lui, tandis que les opposants et les contradicteurs ne voudront voir certainement dans des cas de cette nature que la distance qui sépare le résultat obtenu de la perfection idéale. Oh! leur attitude est certes plus commode, j'en conviens aisément, l'attitude qui consiste à assister impassible, indifférent à l'effondrement chaque jour croissant de ce malheureux pottique!...

D'après ce qui précède, l'on voit que tout en ne me berçant pas d'obtenir ici des résultats parfaits (1), je ne suis pas pour l'abstention systématique dans le cas de vieilles bosses... pourvu que la colonne vertébrale ne soit pas soudée. Car je n'ai parlé jusqu'ici que des gibbosités en évolution active. Si la soudure est faite, les conditions changent.

Mais comment établir cette distinction entre les gibbosités de l'une et de l'autre variété? Les signes cliniques n'ont pas une valeur absolue pour établir ce diagnostic.

La radiographie est utile; mais en raison des difficultés pratiques qu'il y a dans grand nombre de cas à obtenir des images nettes, elle ne permet qu'assez rarement de résoudre le problème. Voici ma règle de conduite pour les cas douteux. Je soumets le malade à l'examen sous le chloroforme et à quelques tractions du rachis. Si la colonne résiste solidement à une traction de 40 à 80 kilogrammes, suivant l'âge, je n'insiste pas, la colonne vertébrale est soudée. Je m'abstiens de manœuvres capables de briser le rachis pour deux raisons, parce que, en pareil cas où la gibbosité n'augmente presque plus, le bénéfice que l'on obtiendrait ne compense pas, ce me semble, le risque que l'on ferait courir au malade.

Le risque immédiat est constitué : 1° par des hémorragies possibles au niveau de la surface de section de l'os; 2° par un danger de paralysie, parce que le brisement se ferait au-dessus ou au-dessous de l'ankylose angulaire (comme cela se passe d'ailleurs dans certains cas de redressement de l'ankylose angulaire du genou).

(1) Si je constate que dans tel cas le bénéfice obtenu ne se maintient intégralement qu'à l'aide d'un corset, je n'hésiterai pas à conserver ce corset pendant plusieurs années, comme le conseille Péan. Si dans tel autre cas le bénéfice ne se maintenait pas satisfaisant à mes yeux et aux yeux des parents, je n'hésiterais pas à m'en aller faire au niveau de la saillie restante l'ablation de un ou deux arcs postérieurs. Ce qui en ferait la gravité, c'est le risque d'ouvrir le foyer tuberculeux et d'inoculer la plaie opératoire, et de laisser une fistule, mais ce risque n'existera pas ici, puisqu'il ne peut être question de faire cette correction supplémentaire que lorsque le foyer tuberculeux sera complètement éteint.

D'après les lois de la mécanique, cette rupture devrait bien avoir lieu au niveau de l'angle, mais seulement dans le cas où les deux segments coudés auraient la même résistance sur tous les points, or la résistance est bien plus grande ici sur le point de coudure que sur les points voisins. La rupture se faisant au-dessus ou au-dessous (dans le point le plus faible), il en résulterait une double coudure du rachis entraînant, cela se conçoit, un danger sérieux de paralysie.

L'on conçoit également que des manœuvres capables de produire le brisement du rachis constituent un traumatisme sérieux, capable peut-être de réveiller une tuberculose éteinte ou de créer une prédisposition à la méningite et à la granulie. Il serait encore moins dangereux et plus chirurgical de s'en aller dans ces cas sectionner à ciel ouvert l'angle de soudure du rachis, en adoptant le manuel opératoire que j'ai décrit et exécuté; mais les risques de cette intervention ne me paraissent pas encore assez réduits à l'heure actuelle pour le bénéfice orthopédique qu'on en peut attendre. Espérons que cette opération deviendra un jour assez inoffensive pour être appliquée utilement à des cas de cette nature (1).

En somme, vous voyez que je réserve complètement pour l'instant cette question de la valeur et de l'opportunité d'une intervention très considérable pour ces cas de vieilles gibbosités avec soudure complète de la colonne vertébrale.

En attendant nous pouvons, par des manœuvres qui n'ont pas la moindre gravité, arriver à corriger d'une manière assez sensible certaines de ces déviations :

1° Par l'ablation des apophyses épineuses souvent saillantes ou même recouvertes de bourses séreuses développées; ce qui est un premier bénéfice;

2° En faisant appel, par des manœuvres de traction, à l'élasticité des disques intervertébraux non détruits par la maladie. Si les deux segments rachidiens infléchis étaient composés de deux barres fixes, comme cela est dans l'ankylose angulaire du genou, l'on ne pourrait espérer aucun redressement sans consentir au brisement de l'os, mais la colonne vertébrale est composée de chaînons quelque peu mobiles, surtout chez les jeunes sujets, et l'on peut, grâce aux très légers déplacements que nos manœuvres de traction amènent au niveau de chacune des jointures restées saines, arriver sans rien briser à atténuer la courbure du rachis, et en changeant les points de pression régler dans une certaine mesure la croissance en légère correction de la colonne vertébrale. N'est-ce pas un procédé un peu comparable à celui-ci que nous pouvons arriver à la longue à la correction au moins partielle des courbures de la scoliose grave, sans rien briser et sans amener de séparation des segments rachidiens infléchis?

Mais il faut bien l'avouer, le bénéfice que l'on peut espérer obtenir par ces manœuvres bénignes n'est pas bien notable et demandera par contre un très long temps. Aussi faut-il en pareil cas ne pas cacher aux parents, qui vous supplient toujours d'intervenir, que le résultat sera peu brillant, et ne céder à leurs sollicitations que s'ils se résignent d'avance à ne pas avoir d'autre correction que celle que peuvent donner les manœuvres plus haut décrites.

Dans certains cas de vieilles gibbosités soudées une indication nette d'intervenir se tire de l'existence d'une paralysie. Les manœuvres de redressement seront dans ce cas, il est vrai, beaucoup plus dirigées contre la paralysie que contre la gibbosité. Chez un malade âgé de 18 ans, à gibbosité ancienne, je viens d'obtenir la guérison d'une paralysie

(1) Voir, à ce sujet, ma première communication.

datant de près d'un an. Actuellement, trois mois après les manœuvres de redressement, le malade marche sans béquilles et même sans l'appui d'une canne.

Ce que je viens de dire résume l'impression que laisse l'expérience que j'ai du traitement nouveau.

Cette expérience s'appuie sur 204 applications du redressement.

RÉSULTATS

Sur 204 pottiques redressés, je n'en ai pas perdu un seul sur la table d'opération, soit du chloroforme, soit d'une autre cause ; mais j'en ai perdu deux dans les quelques jours qui ont suivi l'intervention; un de broncho-pneumonie et deux de méningite, environ trois mois après l'opération.

J'ai cru devoir attribuer les insuccès post-opératoires au très mauvais état général de ces enfants, si bien que depuis je refuse d'opérer les enfants trop cachectiques ou dont les poumons sont en mauvais état.

Pour les enfants qui ont succombé à la broncho-pneumonie et à la méningite, je ne m'arrêterai pas à discuter la question de savoir dans quelle mesure le redressement a pu agir comme cause prédisposante de la maladie. Je ne puis guère admettre cette relation, les manœuvres n'étant certes pas plus traumatisantes que les mille mouvements que fait l'enfant si mal maintenu par tous les autres traitements soi-disant immobilisateurs. Toutes les personnes de bonne foi reconnaîtront que le chirurgien ayant affaire à des enfants tuberculeux et presque tous très chétifs, ne pourra jamais les garder, quoi qu'il fasse, de tout danger de méningite ou de granulie. Je me suis attaché à supprimer tout ce qui dans les manœuvres de redressement pourrait constituer une prédisposition à ces manifestations morbides et je crois y être arrivé d'une manière absolue; il ne serait pas excessif de soutenir que du jour où les enfants sont immobilisés parfaitement en bonne position ils sont plus à l'abri, par le fait même, des complications ordinaires de la maladie.

Au point de vue de la paralysie, voici ce que j'ai observé.

Sur huit enfants paralysés opérés par moi, j'ai vu six guérisons dans les huit jours qui ont suivi le redressement. Dans deux cas, aucun résultat, et, dans ces deux cas il est même survenu des escarres assez profondes par la pression de l'appareil plâtré. Je dirai donc à ce point de vue : il faut redresser les enfants paralysés; on a de grandes chances de les guérir ou d'améliorer leur état; si la guérison ne suit pas les dix ou quinze premiers jours, il faut se méfier des escarres que le malade — étant insensible — n'accuse pas. Il faut surveiller de près tous les points comprimés et au besoin refaire un bandage moins serré.

Une fois j'ai vu une paralysie incomplète survenir dans les quinze jours qui ont suivi l'opération. On peut soutenir que les manœuvres n'y ont pas été étrangères, mais un paralysé sur 204 cas et par contre six guéris sur huit enfants paralysés avant l'opération !... Si l'on s'en rapporte à la statistique de Bouvier, c'est une fois sur trois maux de Pott que de son temps on observait la paralysie. Vous voyez par conséquent qu'elle survient très fréquemment avec les anciens traitements et qu'à ce point de vue encore mon traitement est supérieur à tous les autres. Quant aux abcès par congestion, j'en ai observé deux nouveaux; par contre, des abcès existants se sont résorbés; d'autres ont persisté ou même se sont développés. Actuellement, s'il existe des abcès par congestion saisissables, je les traite par les ponctions avant de pratiquer le redressement.

Vingt de mes enfants opérés marchent; ils avaient des gibbosités petites ou moyennes vieilles de quelques mois à trois ans; par précaution je leur laisse des petits corsets que je n'hésiterai pas à leur laisser encore un an ou deux mais ils sont capables de marcher droit lorsqu'on les délivre de leur corset.

Pour savoir à quel moment on peut les laisser marcher, je n'ai d'autre critérium absolu que la radiographie. Elle démontre qu'il y a des réparations terminées à cinq, six ou dix mois, mais qu'il y en a d'autres qui ne sont pas complètes à quinze mois.

Il y a quelques jours, j'ai examiné six enfants que j'étais prêt à faire marcher après un an de traitement avec repos au lit. Sur quatre, j'ai trouvé la réparation suffisante et sur les deux autres réparation insuffisante. Chose étrange, chez ces deux derniers existent des abcès qui, par la pénétration entre les deux segments, retardent probablement la guérison. J'ai remis ces enfants au repos; je ponctionne les abcès et lorsque les abcès seront guéris depuis quelque temps, je soumettrai de nouveau l'enfant à la radiographie. Il est donc impossible de décréter d'avance à quelle époque la marche sera permise à un enfant redressé. Pour les uns il faudra attendre six mois, pour les autres un an, pour d'autres davantage : c'est l'histoire de toutes les tuberculoses osseuses ou ostéo-articulaires. Il est impossible de dire d'avance à quel moment la maladie sera terminée dans tel cas particulier.

Les opposants ont dit que j'aurai des rechutes. Mais c'est évident, répondrai-je! Cela arrive si souvent pour la coxalgie et pour la tumeur du genou, même après un traitement bien fait et après des années de repos! Est-ce là une raison de dire que le redressement de la hanche ou du genou cesse d'être logique et même excellent?

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Arrivé au terme de cette étude, je me crois autorisé à vous donner mon sentiment sur la portée de la méthode nouvelle.

Je suis le premier à dire que, dans cette voie à peine ouverte, où il faut avancer lentement et prudemment, quelques chirurgiens sont allés trop loin dès le début de leur pratique. Ces excès ne peuvent que retarder la vulgarisation d'une méthode appelée à rendre les plus grands services, pourvu qu'on ne veuille pas l'appliquer indistinctement et inconsidérément à tous les cas.

Ces exagérations et ces excès appelaient logiquement une réaction qui, à son tour, a dépassé le but. Il ne pouvait en être autrement : une adoption enthousiaste et une application trop étendue au début et peu après une réaction trop violente, allant jusqu'à la désapprobation, ne retrouvons-nous pas ces deux phases dans l'histoire de toutes les nouvelles conquêtes de la science? Ainsi en a-t-il été par exemple pour les traitements de la luxation congénitale de la hanche!

Le temps a peu à peu raison des exagérations qui se sont produites dans l'un et l'autre sens et précise les cas où l'utilité de la méthode est indiscutable.

Pour que le traitement nouveau entre dans la pratique courante il faut, en premier lieu, *assurer sa parfaite innocuité.*

Je suis bien d'accord avec les opposants là-dessus. Ma technique primitive avait paru demander trop de force; je l'ai modifiée de point en point, sans relâche jusqu'à ce que j'aie été enfin bien assuré d'avoir atteint le but.

Actuellement, la manœuvre de correction dure quelques secondes; elle se fait sans secousses avec une douceur extrême. Elle consiste dans une traction du rachis d'une valeur de 20 à 80 kilogrammes, suivant les âges. Cette traction est suivie immédiatement de l'application des pouces d'un assistant de chaque côté de la gibbosité pour réaliser une pression de 15 à 40 kilogrammes. Le redressement est fini; je construis aussitôt l'appareil plâtré; j'estime qu'ainsi modifiées les manœuvres de redressement représentent un traumatisme absolument insignifiant, ne pouvant jamais amener d'accident, soit dans le présent, soit dans l'avenir, et c'est aussi l'avis, je me permets de l'ajouter, des nombreux chirurgiens qui m'ont vu opérer à Berck.

Tenez-vous-en dans votre pratique pour le traitement de la tuberculose vertébrale à la correction obtenue par ces manœuvres si simples et si douces, que j'ai reconnues être suffisantes; elles vous donneront, en effet, dans les gibbosités récentes le redressement complet, et dans les gibbosités anciennes et plus marquées, la seule correction qu'il vous soit permis de rechercher au moins dans une première séance. Dans ce dernier cas, vous recommencerez ces manœuvres tous les trois ou quatre mois, au moment du renouvellement de l'appareil.

Quant aux gibbosités qui résistent entièrement à une traction de cette valeur, soyez très circonspect pour l'instant s'il s'agit d'un vrai mal de Pott : des manœuvres notablement plus vigoureuses étant au contraire permises lorsque vous êtes en présence de déviations rachidiennes non tuberculeuses, par exemple dans la scoliose.

Un redressement fait avec la douceur que j'ai dite, suivi d'un appareil de contention absolument parfait; voilà en deux mots ce qui caractérise le traitement nouveau du mal de Pott, traitement très simple, qui est à la portée de tous les médecins.

Il nous permettra d'améliorer plus ou moins grandement les gibbosités volumineuses encore en évolution; mais, surtout, ce qui est d'une importance absolument capitale à mes yeux, il nous permettra d'obtenir la guérison complète sans difformité dans tous les cas peu avancés, c'est-à-dire en réalité pour tous les maux de Pott à venir (puisque en pratique nous voyons tous ces enfants lorsque leur gibbosité ne date que de quelques mois au maximum). Voilà le bilan du traitement nouveau. Faites le bilan des traitements anciens et vous comprendrez que j'attende avec confiance votre jugement et le jugement de l'avenir!

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique, par Péan. (*Académie de médecine*, 3 août 1897.) — L'intervention chirurgicale, dans le goitre exophtalmique, n'est indiquée que lorsque tous les traitements médicaux ont été employés sans succès. M. Péan pratique alors la *thyroïdectomie* de préférence à la résection du sympathique cervical. Grâce au pincement temporaire des vaisseaux, il a toujours pu faire l'hémostase et éviter de sérieuses difficultés. Quant à la résection, il ne l'a appliquée qu'une fois, pour essayer de faire disparaître des crises épileptiformes chez un malade atteint de goitre exophtalmique. Il y eut une légère amélioration post-opératoire, qui ne se maintint pas.

Aug. Benoit.

A propos du traitement des plaies infectées; recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol, par le Pr Le Dentu. (*Communication au Congrès de Moscou.*) — Rien n'est aussi difficile que d'obtenir la désinfection absolue d'une plaie, surtout lorsque l'infection est ancienne. On peut cependant la réaliser par l'emploi isolé ou combiné de plusieurs méthodes qui relèvent toutes de l'antisepsie, sous des formes très différentes. Ces *méthodes* sont : le lavage, l'irrigation, la balnéation, la pulvérisation, le pansement humide ou sec. Elles utilisent des *agents* dont le nombre augmente tous les jours, mais dont les plus employés sont encore les solutions d'acide phénique, de sublimé, de chlorure de zinc, les poudres d'iodoforme et de salol.

Ces agents n'ont pas besoin de posséder une action spécifique sur tel ou tel microbe pour être efficaces. Sauf certaines nuances constituant une spécificité relative, ils sont tous indistinctement plus ou moins puissants contre toutes les espèces microbiennes avec lesquelles nous sommes généralement aux prises, à condition qu'ils puissent exercer une influence directe immédiate sur elles.

A la liste des antiseptiques classiques, depuis longtemps se sont ajoutées, en peu d'années un grand nombre de substances nouvelles de valeur inégale, dont quelques-unes cependant peuvent lutter avec celles qui se sont fait une large place dans la thérapeutique chirurgicale.

Il en est deux dont je me suis attaché à déterminer les propriétés, au point de vue pratique, en procédant expérimentalement sur des cobayes, puis, cliniquement, sur des malades de l'hôpital Necker ou de la ville; ce sont : le *formol* et le *parachlorophénol*.

Avec des solutions à 5 0/0 et à 5 0/00 de la solution à 40 0/0 de formol polymérisé du commerce dans de l'alcool méthylique, nous avons pratiqué à plusieurs cobayes des injections sous-cutanées. Les solutions à 5 0/0 produisent des désordres locaux considérables et possèdent un pouvoir escarrifiant très marqué.

La dose mortelle, à la suite de plusieurs injections, a varié entre 1 gr. 79 et 10 centigrammes. Ce dernier chiffre est évidemment trop faible et représente une exception. D'après Berlioz et Trillat, la dose mortelle serait de 66 centigrammes par kilogramme d'animal; ce chiffre nous paraît assez exact. Ce qui n'empêche pas que, chez l'homme, il faut se méfier de l'absorption en un coup de 5 à 6 grammes de la solution-mère de formol à 40 0/0. Certaines précautions sont donc nécessaires pour empêcher la stagnation des solutions employées sur l'homme dans les plaies anfractueuses ou cavitaires.

Les lésions trouvées sur les cobayes de mon laboratoire étaient tout à fait comparables à celles que Pilliet a déterminées par des injections massives. Elles portent sur les reins, le foie, les capsules surrénales et aussi la rate.

Le pouvoir stérilisant du formol étant deux fois plus considérable que celui du sublimé,

comme on peut s'en servir en solution au 1/200, on se sert en réalité d'un agent dix fois plus énergique que le sublimé au 1/1000.

Le formol a en plus un pouvoir *désodorant* absolument extraordinaire; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte, au contact d'une solution au 1/200 ou à 5 0/00.

A ces divers titres, le formol est donc *un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre.* Sous forme de vapeurs, il est digne de confiance dans certaines conditions déterminées, mais je ne m'y fierais pas pour la préparation du catgut.

Par contre, en solution à 5 0/00, il est précieux pour l'immersion des instruments. Dans ces proportions, il ne les altère pas, et il n'irrite sérieusement ni les yeux, ni les mains.

Pour le lavage des plaies infectées, pour les pansements, en cas de gangrène étendue ou moléculaire, je ne lui connais pas d'égal jusqu'ici, et la solution au 1/400 ou 2,5 0/00, on obtient encore de bons effets. La solution à 1/1000 est insuffisante lorsque les tissus sont mortifiés et les plaies infectées. On ne doit guère la conseiller que pour la balnéation.

Le *parachlorophénol* est un dérivé du chlore et de l'acide phénique. Il se présente sous la forme de cristaux qui fondent à 37°, bouillent à 217°, se dissolvent difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, l'éther et les alcalis. Il a déjà été l'objet de recherches assez nombreuses dans ces dernières années. Spengler a affirmé qu'une solution à 2 0/0 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 0/0 tue les bacilles d'Eberth en trente secondes et le bacille du charbon en cinq minutes. Son pouvoir bactéricide serait donc cinq fios environ plus élevé que celui de l'acide phénique et des solutions cinq fois plus faibles sont équivalentes aux trois solutions classiques de cet acide. Tels sont les résultats des expériences faites dans mon laboratoire.

Nous avons déterminé la dose mortelle par kilogramme, en injections sous-cutanées sur 24 cobayes. Dans une première série d'expériences, nous avons fait une seule injection de solutions à 2,5 0/0, 1 0/0 et 1 0/00. La dose mortelle s'est trouvée entre 21 et 26 centigrammes par kilogramme d'animal. Les animaux qui ont succombé ont eu des convulsions suivies de coma. En deux injections faites deux jours consécutifs, 25 centigrammes par kilogramme ont été supportés. Avec trois injections pratiquées en trois jours, 26 centigrammes par kilogramme ont été bien tolérés.

A la suite d'une série d'injections variant de 4 à 50, en un nombre de jours variant de 6 à 66, des doses totales de 51 centigrammes et de 1 gr. 42 par kilogramme, ont causé la mort; dans le premier cas, avec 4 injections; dans le second, avec 14 injections. En revanche, un animal a supporté, sans présenter autre chose qu'une diminution de poids, 1 gr. 34 en 48 injections pendant 66 jours.

Le seul travail expérimental et clinique comparable au mien est celui de Girard (de Berne). Je ne suis pas absolument d'accord avec mon collègue sur certains points.

D'après lui, la dose mortelle serait de 1 gramme par kilogramme d'animal. Je l'ai trouvée de 25 à 26 centigrammes par kilogramme, après une seule injection, et sur le cobaye.

Le parachlorophénol altérerait peu les instruments. En solution au 1/100, il nous a paru attaquer fâcheusement même le nickel.

Outre son pouvoir microbicide cinq fois plus fort que celui de l'acide phénique, je lui reconnais encore, comme avantages, d'être doué d'une odeur beaucoup moins violente et moins tenace, d'être aussi moins irritant; et il est, de fait, moins toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au 1/20 d'acide phénique. Néanmoins son absorption donne assez facilement lieu à des urines noires. C'est donc un agent dont le maniement exige des précautions.

J'en ai fait jusqu'ici trop peu d'applications pratiques pour avoir le droit de poser des conclusions fermes. Je dirai seulement que le parachlorophénol mérite d'être étudié sérieusement et que, sous certains rapports, il pourrait bien, dans l'avenir, mériter la préférence sur l'acide phénique.

R. Blondel.

Essais destinés à perfectionner la méthode aseptique, pour arriver à un traitement des plaies échappant véritablement à l'action des germes. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 26, 1897.) — Le Pr Miculicz constate que l'on a eu tort d'abandonner l'antisepsie pour l'asepsie, car les séries opératoires heureuses sont, avec cette méthode, trop souvent interrompues par des accidents infectieux plus ou moins graves. L'objection ordinaire consiste à accuser l'opérateur d'avoir mal appliqué la méthode, mais Miculicz fait ressortir que Bergmann lui-même, le père de l'asepsie si l'on peut s'exprimer ainsi, n'est pas plus à l'abri d'accidents de ce genre que d'autres chirurgiens.

A quoi attribuer ces mécomptes? La cause principale réside dans la difficulté de désinfecter les mains : la surface de la main du chirurgien, aseptique au début de l'opération, peut, si cette opération est de longue durée, s'infecter

par la sortie des germes pathogènes enfouis dans les couches profondes de l'épiderme. Des recherches faites à la clinique ont démontré que certaines mains sont des plus difficiles à stériliser : même en cas de stérilisation absolue, il est impossible de se mettre à l'abri de quelque légère faute ou inadvertance au cours de l'opération : on peut ainsi compromettre le résultat opératoire sans arriver plus tard à remonter aux causes d'infection.

On ne peut nier d'autre part que l'antisepsie donne des résultats prophylactiques qui ne sont pas à dédaigner ; les microbes qui envahissent la plaie sont, quand on applique cette méthode, certainement modifiés par l'action des antiseptiques. Avec l'asepsie, la moindre faute entraîne des conséquences beaucoup plus graves qu'avec l'antisepsie.

Le seul moyen pratique d'échapper à ces résultats pernicieux est, pour l'auteur, d'opérer avec des gants stérilisés. Les essais commencèrent le 1er mars de cette année, et le succès a été éclatant. L'opérateur se sert de gants de coutil fins, que l'on connaît dans le commerce sous la désignation de gants de valets de chambre : à Breslau, leur prix est de 3 fr. 40 la douzaine ; ces gants sont stérilisés à la vapeur : on peut après l'opération, les faire resservir une douzaine de fois. Il va sans dire que les mains sont désinfectées et stérilisées avec autant de soin qu'autrefois (alcool et sublimé), car ces gants ne sont pas imperméables. Dans le cours d'opérations longues, il est indiqué de changer de gants deux ou trois fois ; on agira de même si, en cours d'opération, on arrive dans un territoire infecté. Les assistants et le personnel portent aussi des gants.

Il ne faudrait pas croire que les manipulations opératoires fussent gênées par cette pratique : tout au contraire, on saisit plus aisément les tissus qu'avec les doigts seuls : il est vrai que ces derniers conservent tous leurs avantages quand il s'agit de procéder à une palpation très délicate : dans ce cas, il suffit d'ôter les gants et d'en remettre ensuite d'autres, quand la palpation est terminée.

Il va sans dire que dans des régions toujours infectées (rectum, urètre, etc.), les gants seront plus nuisibles qu'utiles, comme agents de transmission des germes des points contaminés aux plaies.

L'emploi des gants n'est pas nouveau, mais on a proposé des gants de caoutchouc, que Miculicz déclare franchement inacceptables, en dehors des cas où il s'agit de protéger l'opérateur contre une infection.

Une autre source de contamination réside dans le fait que le personnel parle, tousse, éternue : Flügge recommande au chirurgien atteint de coryza de renoncer à toute opération. Miculicz se sert toujours d'une compresse de tarlatane stérilisée qui recouvre la bouche et la barbe et s'attache à un bonnet stérilisé.

L'infection par l'air sera réduite au minimum si on restreint le personnel autant que possible : aussi ne doit-on pas espérer faire de la bonne asepsie dans une salle d'opérations remplie d'élèves. Ces derniers ne doivent être admis qu'au nombre d'une dizaine au plus, par séries.

Comme conclusion, Miculicz déconseille l'asepsie au praticien qui ne peut s'entourer facilement de toutes les précautions nécessaires : l'auteur a pour habitude d'opérer en clinique par la méthode antiseptique les cas de chirurgie courante, que ses élèves sont destinés à rencontrer fréquemment dans leur future carrière.

E. Vogt.

La bottine pour pied bot. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 août 1897.) — Staffel, directeur de l'Institut orthopédique de Wiesbaden, dans une conférence faite à la Société médicale de cette ville, dit avoir constaté que les chaussures orthopédiques destinées à corriger les inconvénients du pied bot sont pour la plupart mal conçues : lui-même n'est arrivé qu'au bout de longues recherches à obtenir une bottine qui rende des services sérieux.

L'auteur adopte le procédé classique (plan incliné dans l'intérieur de la bottine, du côté interne), mais il soutient en outre au moyen d'une pièce en fer-blanc fort, triangulaire, le cuir de la bottine au-dessous de la malléole externe : l'angle aigu du triangle s'insinue entre la semelle et le cuir de la bottine. De cette façon l'auteur empêche que le pied ne glisse en dehors ; grâce au plan incliné du côté interne, cet accident se produisait fatalement avec les anciens modèles de chaussures pour pied bot. La bottine devra être très bien ajustée au talon ; le grand orteil au contraire sera logé à l'aise.

Grâce à ce dispositif, on peut obtenir une guérison définitive chez de jeunes enfants et supprimer les inconvénients de la malformation chez les adultes : on sait que chez ces derniers on ne peut faire davantage.

Le genu valgum avec pied normal est du reste justiciable de la même méthode orthopédique, car, en plaçant le pied en varus léger au moyen de la bottine, on déplace la pression maximum dans la région du genou et on soulage les condyles internes. E. Vogt.

Cure radicale de la hernie, par Lucas-Championnière. (*Académie de médecine*, 3 août 1897.) — M. Lucas-Championnière refuse toute

valeur aux opérations qui laissent persister l'infundibulum péritonéal et l'affaissement de la paroi profonde. Quel que soit l'agent employé, la méthode par les injections ne peut conduire à ce résultat. Sur 650 opérés par la cure sanglante, il n'a à déplorer que 23 récidives. L'engraissement peut favoriser cette dernière : aussi faut-il soumettre les sujets à un régime approprié.

La mortalité pour la totalité de ses cas est bien minime puisqu'elle est représentée par le chiffre 0,70 0/0 et par celui de 0,20 0/0, si l'on excepte tous les sujets tarés et ceux qui ont dépassé la quarantaine.

AUG. BENOIT.

Fixation apophysaire dans le traitement des déviations vertébrales, par A. CHIPAULT. (*Gazette des hôpitaux*, 12 août 1897.) — Après des expériences cadavériques, M. Chipault a reconnu la nécessité de maintenir solidement la réduction en un temps des déviations vertébrales, qu'elles soient pottiques ou scoliotiques. Or, au lieu de l'appareil plâtré usité par Calot (de Berck), il donne la préférence à la *fixation apophysaire*, qu'il a d'ailleurs déjà pratiquée avec du gros fil d'argent. Il propose aujourd'hui deux modèles de griffes, le simple laçage au fil d'argent n'étant pas toujours facile à pratiquer, à cause de la rigidité des fils métalliques.

Les *griffes à scoliose* exercent une pression transversale sur la crête apophysaire et sont unilatérales. Les *griffes à cyphose* sont bilatérales pour agir dans le sens antéro-postérieur. Il en a fait construire deux variétés, l'une rigide, l'autre souple pour chaque espèce. La première s'adresse aux déviations complètement réduites, la seconde à celles qui ne l'ont été qu'incomplètement. Ces griffes, la radiographie l'a montré, sont bien tolérées par les tissus. Elles donnent une énorme solidité à la colonne vertébrale et répondent à la nécessité, aujourd'hui reconnue absolue, de faire la réduction par un moyen quelconque, si l'on veut éviter la récidive. Mais on ne saurait, à notre avis, rapprocher ce mode de consolidation, qui exige une intervention réglée, du simple appareil plâtré que nous avons vu appliquer par Calot, si du moins il tient ce qu'il promet.

AUG. BENOIT.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT
Ancien interne des hôpitaux.

Du bicarbonate de soude considéré comme agent actif de la sécrétion gastrique. (*Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences de Saint-Etienne*, 1897.) — M. MONTAGNON (de Saint-Etienne). — Le bicarbonate de soude administré avant le repas a une action évidente sur la sécrétion gastrique.

Pour obtenir l'effet maximum, il faut administrer le médicament une heure avant le repas ; cet effet maximum a lieu trois heures à trois heures et demie après l'absorption du bicarbonate de soude, mais se manifeste déjà à la fin de l'heure qui suit son introduction dans l'estomac.

Les doses les meilleures sont celles de 50 centigrammes à 2 grammes. Au-dessus, il se produit une superalcalinisation qui neutralise l'acide chlorhydrique au fur et à mesure de son apparition.

Chez les hypochlorhydriques, de faibles doses produisent parfois une excitation sécrétoire très active. C'est avec 50 centigrammes que le maximum d'acidité a été obtenu.

L'absorption de bicarbonate de soude n'est quelquefois suivie que de résultats négatifs : c'est qu'alors les éléments cellulaires de l'appareil sécréteur stomacal ont subi une atrophie déjà avancée et ne sont plus susceptibles d'excitation.

La même chose peut se produire si l'on fait trop tôt le repas d'épreuve.

Le bicarbonate de soude devient ainsi et un agent de traitement et un élément de pronostic permettant d'apprécier le degré d'intégrité fonctionnelle des glandes gastriques.

R. BLONDEL.

Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes digestifs ; description, diagnostic, traitement, par le Dr JULES GEOFFROY (de Paris). (*XIIe Congrès international de médecine*, Moscou, 19-26 août 1897.) — Dans les travaux d'ailleurs très remarquables qui ont été publiés au cours de ces dernières années, on a absolument laissé de côté l'étude du rôle que joue le tissu musculaire dans les états physiologiques et pathologiques de l'appareil digestif ; ou, du moins, on ne s'en est occupé que pour réduire sa pathologie à l'atonie. Il faut cependant réfléchir que, quand un muscle est frappé d'atonie, c'est, ou bien que le système nerveux

qui l'anime est lui-même atteint, ou que le muscle a été soumis à un travail excessif ou trop prolongé : l'atonie est une conséquence, dont il n'est pas oiseux de rechercher la cause. C'est cette importante période d'activité exagérée maladive, de la fibre musculaire des voies digestives que le Dr J. Geoffroy veut désormais faire entrer en ligne de compte dans l'étude des affections digestives.

Il fait remarquer que, si les fonctions physiologiques dévolues à l'estomac et à l'intestin, ne peuvent aucunement s'accomplir sans l'intervention directe et constante de leur tunique musculeuse, par contre il faut bien reconnaître que toutes les affections de ces organes retentissent sur elle par la voie du système nerveux, en produisant d'abord le spasme et la contracture, plus tard, mais plus tard seulement, l'atonie et la dégénérescence. Pour l'auteur, spasme et contracture ne sont que la réaction des fibres musculaires lisses de l'appareil digestif en présence de l'état pathologique de la muqueuse et de ses sécrétions, ou des tiraillements que l'organe peut subir dans ses déplacements (ptoses). Il va plus loin; et, considérant la richesse nerveuse du tube digestif avec son double plexus, il pense que, sous la seule influence du système nerveux, il peut se produire une susceptibilité, une irritabilité de la fibre musculaire lisse (états moraux, fatigues, surmenage, névropathie, hystérie) capable d'engendrer à elle seule le spasme et la contracture et les phénomènes pathologiques qui en sont la conséquence.

Quand le tube digestif est affecté de spasme et de contracture, que l'affection soit primitive ou secondaire, la circulation intérieure et l'élaboration des matériaux de la digestion se trouvent arrêtées, de même que leur absorption et l'élimination de leurs résidus; la circulation sanguine rencontre elle-même des difficultés qui, ajoutées à l'irritation des plexus nerveux gastro-intestinaux, exercent une influence fâcheuse sur l'état général de la constitution. Il se crée ainsi des états morbides qui varient suivant la localisation des phénomènes de spasme et de contracture, et sur lesquels l'auteur appelle l'attention.

En face de ces obstacles mécaniques, il faut reconnaître l'impuissance de la thérapeutique pharmaceutique. Que peuvent en une telle occurrence les digestifs, les absorbants et les antiseptiques ?

Il importe donc de savoir reconnaître ces états si importants de spasme et de contracture des différentes régions du tube digestif, et de savoir quelles sont les régions qui peuvent en être affectées, et pourquoi certaines régions plutôt que d'autres. Une sorte de massage particulier, à la fois doux et pénétrant, et surtout très calmant, que l'auteur désigne sous un nom qui le définit, la *palpation prolongée* constitue à la fois le moyen de diagnostic et le procédé de traitement; son effet est certain et généralement très rapide, pourvu que l'on sache où et comment il faut l'appliquer.

De même que les spasmes des organes abdominaux (utérus, vessie) peuvent se communiquer au tube digestif, de même le spasme et la contracture des différentes portions du tube digestif retentissent souvent sur les organes voisins (canal cholédoque, ictère; utérus, vessie, urètre). Ces spasmes secondaires cèdent, sans traitement particulier, dès que l'on fait cesser ceux du tube digestif qui les avaient engendrés.

Ce procédé ouvre donc une voie nouvelle et très féconde, aussi bien pour le diagnostic que pour la thérapeutique.

R. Blondel.

Traitement de la constipation habituelle. (*International Clinics*, vol. IV, 1897). — Théodore Rosenheim (de Berlin) résume de la façon suivante les causes qui occasionnent le plus ordinairement la constipation.

Il y a trois sortes principales de constipation chronique :

1° Celle qui est due à un obstacle mécanique tel que l'obstruction par les calculs biliaires, les matières fécales, le rétrécissement intestinal, le carcinome, la compression de l'intestin par cause externe, ou l'étranglement de l'intestin. 2° Celle qui est causée par l'inflammation chronique du gros intestin. 3° Celle qui résulte de la faiblesse motrice de la paroi intestinale, sans inflammation ni altération anatomique de l'organe. Ce sont ces deux dernières variétés que le Dr Rosenheim examine plus particulièrement.

Les principales mesures à prendre contre la constipation chronique due au catarrhe du gros intestin sont avant tout des mesures hygiéniques et diététiques. On recommandera le grand air et l'exercice à dose modérée. On assurera la régularité de la circulation abdominale et on attirera à la peau l'excès du sang par une hydrothérapie bien comprise, frictions froides, douches écossaises et application du bandage humide sur l'abdomen pendant la nuit. Une compresse humide de 60 centimètres de large est enroulée autour du corps; elle est ensuite recouverte d'une enveloppe sèche et enfin d'une feuille de gutta-percha pour empêcher l'évaporation. La peau, ainsi enveloppée d'une atmosphère chaude chargée de vapeurs, devient rouge et congestionnée, ce qui soulage d'autant l'inflammation intestinale. On évitera les boissons froides. Il faut se garder de l'erreur commune

qui consiste à recommander les fruits crus pour faciliter les selles. Au contraire, le régime de ces malades doit être avant tout, doux et nullement irritant. On permettra les légumes frais, on défendra les secs qui sont sujets à la fermentation produisent des gaz, et, grâce à la cellulose qui entre pour une large part dans leur composition, irritent la paroi intestinale. Contrairement à l'opinion générale, on doit pousser à la consommation des matières grasses, jusqu'à 45 à 60 grammes par jour. Elles sont très nourrissantes, rapidement absorbées par l'intestin grêle à l'état de santé et plus loin elles servent à lubréfier le bol fécal et à faciliter sa descente. Il ne s'agit ici que des matières grasses à point de fusion très bas, inférieur à 40° C. telles que huile, beurre. Pour le reste du régime, on s'en tiendra à l'usage modéré des albuminoïdes, aux eaux de Carlsbad ou Vichy, aux purgatifs salins seuls ou employés concurremment avec la rhubarbe et la cascara sagrada : les lavements ne seront administrés que s'ils sont nécessaires.

Pour le traitement de l'atonie intestinale pure et simple, le régime sera tout différent. Ici, l'organe endormi a besoin d'être stimulé, et il faut faire absorber au malade des aliments en abondance, des fruits crus, du pain de Graham, et des légumes rendront de réels services : l'apparition de la diarrhée indiquera si on a dépassé les bornes. Quoique le régime exclusivement végétarien ne soit pas conseillé, néanmoins, dans certains cas, il y aura avantage à diminuer chez les malades la ration journalière de viande. Lorsque le sujet est robuste et bien portant, et qu'il n'existe du côté de l'intestin qu'un état nerveux passif, surtout chez les neurasthéniques, on pourra obtenir de très bons résultats en restreignant l'usage des albuminoïdes, des œufs et du lait. Si, au contraire, le malade n'est pas de constitution robuste, que son activité digestive soit faible, le régime demi-végétarien serait nuisible. Il faut alors, au contraire, recommander la viande dans une large proportion. L'hydrothérapie bien comprise, des applications froides sur l'abdomen, des bains de siège froids sont souvent utiles. L'exercice modéré rendra service. L'auteur remarque que l'exercice pris mal à propos augmente souvent la constipation en exagérant la perspiration cutanée. Les mouvements passifs et le massage abdominal seront beaucoup plus utiles, ainsi que l'emploi du courant faradique, un pôle appliqué à la paroi abdominale et l'autre, représenté par un conducteur spécial bien isolé, terminé par un bouton excitateur et introduit de 10 centimètres dans l'intestin. On l'appliquera pendant cinq à quinze minutes, et le courant sera juste assez puissant pour produire une légère contraction des muscles abdominaux. On sera modéré sur l'usage journalier des purgatifs. Le Dr Rosenheim recommande les lavements d'huile chaude (40° C.) : un demi-litre pour un adulte, de 60 à 140 grammes pour un enfant, et en les donnant très lentement. Le sujet est placé sur le dos, le siège légèrement élevé, le récipient renfermant l'huile maintenu à 60 centimètres plus haut, et le lavement administré au moyen d'un tube de caoutchouc noir. On n'a pas besoin d'introduire bien loin la canule, mais elle doit être munie d'une large ouverture à l'extrémité, car l'huile coule très lentement. On laisse le malade dans cette situation pendant environ une demi-heure, à la fin de laquelle toute l'huile a pénétré dans l'intestin. Le patient reste encore couché ensuite une demi-heure, après quoi, il peut marcher. Si après trois heures, il n'y a pas eu d'évacuation, on donne un lavement d'eau chaude. Ces lavements d'huile sont bons dans tous les cas de constipation chronique par atonie.

R. Blondel.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. Lyon
Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Notes sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, et tout spécialement sur l'action de la tuberculine R. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 19 août 1897.) — Rumpf (de Hambourg) a choisi ce sujet pour une conférence faite à ses élèves; il a traité 12 malades, qui se trouvaient dans les conditions exigées par Koch, avec la nouvelle tuberculine, et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'injection est souvent douloureuse et provoque dans le derme des infiltrations qui n'entrent que lentement en régression;

2° Les réactions que provoque TR ne sont pas constantes, car telle dose qui ne produisait aucun accès fébrile chez un malade, une première fois, peut plus tard en provoquer un;

3° La réaction se caractérise par de l'hyperthermie, de la cyanose légère, des vertiges, etc.;

4° L'immunité que Koch déclare pouvoir être obtenue par les doses maxima n'a pu être constatée et paraît problématique;

5° Les résultats jusqu'ici observés ne paraissent pas très brillants : il faut, sur ce terrain, procéder avec la plus grande prudence.

E. Vogt.

A propos des résultats obtenus jusqu'à ce jour à la clinique médicale de Greifswald avec la nouvelle tuberculine de Koch. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 34, 1897.) — Leick, assistant de la clinique, tient à se garder, en publiant les résultats jusqu'ici obtenus avec TR. de tout jugement prématuré : il se borne à donner, pour les quinze malades traités jusqu'à ce jour, un résumé des observations prises.

En général les injections ont été douloureuses et la douleur a augmenté avec la teneur en principe actif du liquide injecté. Dans quelques cas, il y eut de légers mouvements fébriles : quelques malades se plaignirent de vagues malaises. Tout traitement médical fut supprimé chez les malades en expérience. Les résultats obtenus ont été négatifs sauf dans deux cas, qui ont été considérablement améliorés.

On n'a pas à craindre d'accidents avec l'emploi de TR, mais les expériences faites à Greifswald ne permettent pas de se faire une opinion précise sur l'action du remède nouveau.

L'auteur ne dit malheureusement pas si on a tenu compte d'une condition, du reste peu facile à réaliser chez des malades hospitalisés, que Koch considère comme indispensable à la réussite : l'absence d'infections secondaires. Leick dit bien avoir toujours trouvé des bacilles de Koch chez ses malades, mais il est muet sur la question de la présence d'autres microbes pathogènes dans les crachats.

E. Vogt.

Communication abrégée concernant les résultats obtenus jusqu'à ce jour avec la nouvelle tuberculine de Koch. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 19 août 1897.) — Le Pr Doutrelepont (de Bonn) a étudié les effets de la nouvelle tuberculine TR sur 15 cas de lupus : ses recherches lui ont bientôt démontré que l'échelle d'augmentation des doses, recommandée par Koch, présente des dangers manifestes : on arriva rapidement, dans certains cas, à produire des accès fébriles s'accompagnant de malaises, de vertiges même; ces accidents disparurent en trois à quatre jours. La dose maxima injectée fut de 4 milligrammes; les réactions locales ont fait défaut, sauf dans un cas.

En général, le poids des malades a augmenté et le lupus lui-même a présenté les modifications suivantes : épidermisation relativement rapide des ulcères, diminution de volume des lupus hypertrophiés, les lupomes isolés ne dépassèrent plus le plan de la surface cutanée, et du tissu cicatriciel apparut bientôt. Les ganglions reprirent leur volume normal en cours de traitement. Parfois cependant il y eut suppuration suivie d'intervention opératoire.

Les résultats sont en conséquence favorables, l'amélioration est nettement progressive; chez tous l'action curative semble supérieure à celle de l'ancienne tuberculine : les expériences devront toutefois être encore longtemps continuées pour asseoir un jugement définitif.

E. Vogt.

La tuberculine R dans la tuberculose du larynx. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 19 août 1897.) — Herzfeld (de Berlin) a traité depuis le 28 avril neuf malades atteints de tuberculose du larynx avec TR; sept cas purent être régulièrement suivis. Les doses des injections doivent être fort prudemment augmentées, et un temps fort long paraît nécessaire pour arriver à des doses limites de 20 milligrammes environ.

En résumé, il y eut amélioration évidente dans un cas, et en général on acquiert l'impression que TR fait régresser des œdèmes, à condition que l'injection ne provoque pas de réaction fébrile, car dans ce cas les œdèmes réapparaissent. Dans deux cas on observa de l'aggravation. L'auteur croit qu'en général le traitement local classique aurait donné de meilleurs résultats que TR; en tout cas on ne peut se passer, au cours du traitement avec TR, des cautérisations locales usuelles. Il sera à l'avenir nécessaire de doser les injections de telle sorte que toute réaction fébrile soit évitée, car cette réaction s'accompagne toujours d'une aggravation de l'état local.

E. Vogt.

Communication préalable sur l'emploi de la nouvelle tuberculine de Koch. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 19 août 1897.) — Baudach, directeur du sanatorium de Schœmberg (Wurtemberg), a traité vingt malades avec TR; treize malades suivent encore la cure, six l'ont terminée, un l'a interrompue. Les cas ont été choisis d'après les conseils de Koch. En général, l'auteur a constaté qu'il ne fallait pas injecter tous les deux jours, ni doubler la dose à chaque nouvelle injection. Le traitement a duré soixante-quatre jours au minimum. Il n'y eut aucun abus pour les 285 injections pratiquées. Très souvent on observa des malaises, des vertiges, des nausées le lendemain du jour de l'injection. Dans un cas existait une fistule anale, dont la sécrétion s'exagéra au début du traitement pour tarir en fin de compte complètement.

En résumé, les résultats ont été favorables : dans quelques cas, l'amélioration provoquée par le traitement au sanatorium reçut une impulsion très nette à la suite de l'emploi de TR. L'auteur considère que les essais jusqu'ici effectués par lui démontrent que l'on peut avoir une grande

confiance dans la méthode nouvelle de Koch, à condition que les prescriptions diététiques et hygiéniques usuelles continuent à être exactement suivies.

E. Vogt.

Action de la tuberculine sur les globules blancs chez les tuberculeux. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — Ayant institué des expériences sur des lapins, chiens, cobayes, etc., Leche a pu noter les phénomènes suivants comme résultant de l'action de la tuberculine sur les globules blancs des animaux tuberculeux.

Deux à quatre heures après l'injection, le nombre des leucocytes diminue fortement de 40 0/0 environ, ce qui ne se produit pas chez des individus sains. Chez ces derniers il se développe le deuxième jour une leucocythose considérable, chez les animaux tuberculeux au contraire l'augmentation du nombre des leucocytes se fait très lentement.

B. Taft.

Application thérapeutique de cinnamylate de soude dans la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1896.) — Goutscharenko a eu recours au cinnamylate de soude chez trente-quatre malades atteints de tuberculose pulmonaire. Cette substance était employée sous forme d'injections sous-cutanées d'une solution à 2 0/0, à la dose de 20 à 25 centigrammes à la fois. Le nombre total d'injections est de 512.

Les résultats obtenus parlent en faveur du cinnamylate de soude. Notons tout d'abord ce fait qu'il ne présente aucun inconvénient. Il exerce une action tonifiante sur le système nervo-vasculaire, améliore la nutrition et l'état général. La tuberculose au début guérit rapidement et complètement.

Le cinnamylate de soude détermine la leucocytose, l'hyperémie et une inflammation autour des foyers tuberculeux.

Cette substance s'est montrée plus efficace dans le traitement des formes légères. Là où il y a des cavernes le succès du traitement n'est pas stable. Notons à ce sujet ce point important : plus la forme est grave et plus petites doivent être les doses qu'on injecte. Il vaut mieux dans ce cas donner de la créosote combinée au gaïacol.

Ajoutons enfin que le cinnamylate de soude a donné des résultats satisfaisants dans la tuberculose intestinale.

B. Taft.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX

Ancien chef de clinique de la Faculté.
Ancien prosecteur.

Sur un cas d'otite moyenne tuberculeuse aiguë, survenue au cours d'un traitement par la tuberculine nouvelle TR. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 19 août 1897.) — Muller (de Berlin) rappelle que l'ancienne tuberculine a parfois provoqué des accidents du côté de l'appareil auditif (tuberculose miliaire du tympan, suivie de destruction de la membrane, etc.).

Le cas de Müller concerne un patient traité pour tuberculose pulmonaire à l'hôpital de la Charité, par la nouvelle tuberculine : au bout de deux mois, ce malade fut envoyé dans le service d'otologie, parce qu'il se plaignait d'otalgies à gauche. On trouva une otite moyenne suppurée avec perforation du tympan sans tubercules miliaires. L'oreille droite est normale. Continuation du traitement par TR.

Au bout de huit jours, le malade se plaint de ne plus entendre de l'oreille droite : l'examen permet de déceler l'existence de tubercules miliaires sur la membrane tympanique qui présente un aspect gélatineux. Le pus de cette oreille contient de nombreux bacilles de Koch : au bout de quelques jours, ces bacilles apparaissent aussi dans le pus de l'oreille gauche.

L'auteur fait ressortir combien la tuberculose miliaire du tympan est rarement observée : en tout cas, quelle que soit l'interprétation étiologique à donner de ces accidents dans ce cas particulier, il semble que TR s'est comportée, vis-à-vis de l'oreille moyenne, exactement comme l'ancienne tuberculine, car l'otite gauche, la première en date, ne fut pas favorablement modifiée par le traitement par TR, bien au contraire.

E. Vogt.

Le vertige de Ménière et son traitement, par Gilles de la Tourette. (*Semaine médicale*, n° 38, p. 301, 1897.) — Avant la notion de l'origine labyrinthique du syndrome de Ménière, la médication antiphlogistique était employée à outrance : les purgatifs, les saignées générales et locales, les sangsues appliquées derrière les oreilles, formaient le fond de la thérapeutique.

Le traitement ne bénéficia en aucune façon de la découverte de Ménière qui mettait sur le compte d'une hémorragie labyrinthique les symptômes observés.

Les choses allèrent ainsi jusqu'en 1874, époque où intervint Charcot. Ce dernier avait noté la diminution parallèle des sifflements, des vertiges et de l'abolition de la fonction auditive. Devant l'insuffisance totale des moyens employés jusqu'alors il se demanda « s'il n'y avait pas lieu de chercher par une intervention quelconque à hâter ce dénouement », c'est-à-dire à déterminer la perte de l'ouïe, puisque celle-ci entraînait fréquemment avec elle la disparition des vertiges.

La mise en œuvre d'une idée entièrement d'ordre empirique, devait le conduire l'année suivante à la découverte d'un traitement qui n'est pas loin d'être le véritable spécifique du vertige labyrinthique. Remarquant la corrélation qui existe entre les bourdonnements, les sifflements d'oreilles et l'existence ou l'exagération du vertige, Charcot pensa qu'à l'aide du sulfate de quinine, qui, comme chacun sait, disait-il, détermine entre autres phénomènes des bruissements, des bourdonnements d'oreilles plus ou moins accentués, on parviendrait peut-être, en prolongeant suffisamment son emploi à doses élevées, à produire des modifications durables dans le fonctionnement du nerf auditif. Le résultat justifia ces prévisions.

Le sujet à traiter sera, si le cas est tant soit peu grave, confiné à la chambre pendant la durée du traitement. Avant de l'entreprendre on avertira le patient que très probablement, sinon sûrement sous l'influence de la médication quinique, il va voir dès les premiers jours ses vertiges s'exagérer au point qu'il devra parfois garder le lit pour éviter les chutes susceptibles de se produire en pareil cas. De plus on prescrira le régime lacté partiel pour sauvegarder autant que possible les fonctions de l'estomac que le sulfate de quinine ne manquera pas jusqu'à un certain point d'offenser.

La dose suffisante de sulfate de quinine ne saurait être inférieure à 50 centigrammes à 1 gramme par vingt-quatre heures. La dose de 75 centigrammes est ordinairement celle qui donne les meilleurs résultats. Elle sera répartie en trois ou quatre prises ou cachets, qui seront administrés dans l'intervalle des repas et accompagnés de l'ingestion immédiate d'une certaine quantité d'eau destinée à diluer le médicament.

Généralement dès les deuxième ou troisième jour du traitement, les bourdonnements d'oreilles et les vertiges s'exagèrent au point de devenir parfois intolérables et de confiner complètement les malades au lit. Ces inconvénients persistent souvent pendant huit à dix jours. Ce n'est guère que vers cette époque que les vertiges tant spontanés que provoqués par le médicament diminuent, se calment et même, dans les cas heureux, disparaissent.

La médication ne doit pas être continuée pendant plus de quinze jours consécutifs. Après cette période, repos variable suivant les cas; les bourdonnements diminuent, puis disparaissent et avec eux les vertiges, mais presque toujours il est nécessaire d'entreprendre une deuxième période de traitement d'une durée égale à la première.

Dans les cas très heureux, la guérison est complète et définitive, mais il en est aussi dans lesquels l'affection, quoique très favorablement modifiée, laisse après elle des séquelles.

Le sulfate de quinine agit surtout d'une façon très efficace sur les grands accès vertigineux, précédés de l'exagération du bourdonnement auriculaire et s'accompagnant de chute, puis de vomissements; il est rare qu'il ne les fasse pas disparaître complètement si le traitement a été bien conduit. Mais ceux-ci disparus, reste souvent encore un état vertigineux chronique qui se juge par des sensations pénibles de translation auxquelles peuvent s'ajouter quelques nausées. Si après les deux périodes presque consécutives de traitement on a été assez heureux pour voir les crises de grand vertige disparaître, mais que l'état subaigu présente encore, il ne faut pas s'acharner à prescrire à nouveau et immédiatement le médicament. Il faut laisser le malade se reposer un mois ou deux et prescrire, seulement au bout de ce temps, une troisième période de traitement.

Alors même qu'un résultat aussi complet que possible a été obtenu, les malades ne doivent pas être perdus de vue; on doit même les surveiller d'autant plus que le résultat aura été plus rapide et plus complet d'emblée.

Chez les sujets qui tolèrent très mal le sulfate de quinine administré par la voie stomacale, on prescrira matin et soir un lavement émulsionné avec un jaune d'œuf et contenant 30 à 40 centigrammes du médicament.

Pour M. P. Bonnier le vertige labyrinthique est presque toujours lié aux accidents du brightisme dépendant de l'artério-sclérose. Le régime lacté, les purgatifs sont assurément très utiles dans le vertige des artério-scléreux, mais lorsque chez les malades, le syndrome de Ménière existe nettement caractérisé, le régime lacté reste impuissant.

G. Lyon.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF
Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Traitement du décollement de la rétine par l'ésérine, par le Dr GRAND-CLÉMENT. (*Société des sciences médicales de Lyon*, séance du 21 juillet 1897.) — L'auteur cite le cas d'un malade myope, atteint d'un décollement de la rétine de l'œil droit, provoqué par un traumatisme. Le décollement était complet. Il n'y avait aucune acuité visuelle, aucun champ visuel et l'œil était hypotone à l'excès. Le décubitus dorsal prescrit ne put être gardé et la pupille se trouvait dilatée par des instillations d'atropine préalablement prescrites. L'auteur fit faire des instillations répétées d'ésérine et deux jours après il constata le retour de l'acuité du champ visuel et la disparition du décollement qui, chose curieuse, se reproduisait dès qu'on cessait les instillations d'ésérine qui ont été continuées pendant sept semaines.

KOPFF.

L'électrolyse dans le décollement de la rétine, par le Dr CLAVELIER. (*Le Languedoc médico-chirurgical*, juin 1897.) — L'auteur à la suite d'une étude sur l'électrolyse appliquée à quatre cas de décollement de la rétine, dont trois avec succès, formule les conclusions suivantes :

Il faut n'employer dans l'œil que le pôle positif; ne pas dépasser un courant de 5 milliampères pendant une durée maxima de soixante secondes; on peut y adjoindre les autres traitements : décubitus prolongé; frictions mercurielles et pilocarpine; l'aiguille sera enfoncée au centre du décollement; dans les décollements étendus on peut se servir de deux aiguilles; l'électrolyse agit plus que par la ponction et ne doit pas être employée plus que deux fois; elle n'agit pas ou peu sur les décollements qui datent de plus de deux mois, en raison de la déliquescence du corps vitré.

KOPFF.

De l'iode dans les affections du tractus uvéal, par le Dr VIGNES (de Paris). (*XIIe Congrès international de médecine*, Moscou, 19-26 août 1897.) — Dans une précédente communication à la Société française d'ophtalmologie (1896), l'auteur avance que les injections sous-cutanées d'iode (liquide de Durante) sont d'une efficacité supérieure aux autres modes d'administration de cet agent — y compris ses composés salins — dans les irido-choroïdites *aiguës*. Une série de nouvelles observations lui permettent d'affirmer que, dans les irido-cyclo-choroïdites aiguës rhumatismales, avec corps vitré inéclairable, survient une amélioration plus rapide qu'avec tout autre procédé.

Mais M. Vignes ne leur a trouvé aucune action réelle dans les autres affections oculaires et il ne peut confirmer le bien qu'on en a dit dans les kératites interstitielles. Elles peuvent cependant toujours être prescrites comme excitant de la nutrition générale.

R. BLONDEL.

Hémorragie sous-choroïdienne partielle au cours d'une opération de cataracte, par le Dr TERSON. (*Archives médicales de Toulouse*, juin 1897.) — La caractère général de l'hémorragie sous-choroïdienne, cette redoutable complication opératoire de la cataracte, est d'être totale, incoercible, foudroyante, expulsive et de détruire l'œil irrémédiablement. L'auteur cite un cas où cette hémorragie sous-choroïdienne est restée intra-oculaire et n'a abouti qu'à un décollement partiel et stationnaire de la choroïde.

L'auteur expose l'ensemble des moyens à employer pour tenter d'atténuer l'hémorragie et aussi pour parer à un nouveau désastre, si plus tard on est appelé à opérer le second œil. Il approuve la médication hémostatique (ergotine, compression de la carotide); n'est pas partisan de la suture, difficile à appliquer et qui peut amener une décompression brusque lorsqu'on enlève le pansement. Il recommande surtout la compression redoublée qui s'est montrée suffisante dans les cas qu'il a observés. Quant à l'opération faite ultérieurement sur le second œil, il a obtenu deux fois des succès, en pratiquant en bas l'incision de la cornée, avec iridectomie, en enlevant l'écarteur aussitôt après et en extrayant le cristallin par une pression exercée sur le haut de l'œil au travers de la paupière supérieure.

Mais il conclut qu'aucun procédé ne peut mettre sûrement à l'abri de l'accident, qui est dû à des causes générales (artério-sclérose, affection cardiaque, hypertension intra-vasculaire permanente ou momentanée).

KOPFF.

Maladies des paupières, par le Dr BAUDRY. (*Le Nord médical*, juin 1897.) — L'auteur passe en revue les affections usuelles des paupières, leur étiologie, leur marche, leurs complications et leur traitement :

1° La *blépharite* traitée au début guérit presque toujours au bout d'un temps plus ou moins éloigné, à moins qu'elle n'ait déterminé des lésions de structure plus ou moins irréparables,

où tous les efforts n'aboutissent qu'à un arrêt du mal et à une amélioration relative.

Les moyens thérapeutiques *généraux* consistent : en une propreté minutieuse (lavages à l'eau bouillie aussi chaude que possible, boriquée préférablement ; additionnée de sous-carbonate de soude 1/500, s'il y a de la séborrhée avec enduit graisseux sur le bord palpébral; de sulfate de zinc 1/100, s'il y a simplement de la rougeur sans exagération de la sécrétion sébacée). Pour ramollir les croûtes et les désagréger, on emploiera des cataplasmes de fécule de riz et l'on passera doucement un linge fin humecté ou bien même une pince à curette. Après l'enlèvement complet des croûtes, on enduira le soir le bord des paupières d'une couche de la pommade au précipité blanc à 1 0/0 ou :

Ichtyol.....	20 centigr.
Oxyde de zinc.....	2 grammes.
Vaseline.....	10 —

Les soins de propreté généraux seront utiles, de même que le régime et l'hygiène.

Lorsque la blépharite est monoculaire, elle est due à une affection des voies lacrymales.

Le traitement *local* varie suivant que l'on a affaire à la blépharite simple ou à la blépharite glandulo-ciliaire.

Lorsqu'elle est *simple* et pityriasique, il faut après le nettoyage complet, saupoudrer la région marginale avec la poudre de calomel ou bien user de la pommade à l'oxyde de zinc.

Plus tard, lorsque l'inflammation a cédé, il convient d'appliquer au niveau des cils, gros comme une tête d'épingle de la pommade au précipité blanc ou au précipité rouge au 1/100.

Les ulcérations superficielles sont traitées par les astringents : tanin, sous-acétate de plomb liquide, sulfate de zinc à 1/100, nitrate d'argent à 1/100. Les démangeaisons sont combattues par des lotions chaudes avec une solution très faible de sublimé.

Dans la blépharite *glandulo-ciliaire*, après avoir enlevé les croûtes avec des émollients, la pince à curette, on trouve des ulcérations en cupule, des bulbes pileux enflammés et les cils atrophiés et déviés. Il faut d'abord pratiquer l'épilation des cils malades, puis cautériser les ulcérations avec la teinture d'iode, le galvano-cautère ou avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe très effilée, neutralisé de suite avec un pinceau imbibé d'eau salée ; compresses imbibées d'une solution de nitrate d'argent au 1/100 ; attouchements avec le glycérolé de bichlorure Hg au 1/50 ou même au 1/25. Lorsque l'épiderme est reproduit et l'inflammation calmée, on a recours à la pommade au précipité jaune (ne pas employer de corps gras tant qu'il y a des ulcérations). Contre l'hypertrophie du bord libre, user du massage local.

2° Le *chalazion* ou néoplasme bénin de la classe des granulomes, développé dans l'épaisseur du tarse, à la suite d'une inflammation chronique des tissus voisins, le plus souvent de l'une des glandes de Meibomius, doit être traité au début, dans le but de le faire avorter : traitement médical général, massage, application de teinture d'iode, de pommade iodurée. Lorsqu'il est développé et stationnaire, le traitement chirurgical est le seul à employer. Lorsque la tumeur proémine à la partie postérieure du tarse aminci, quand sa consistance est molle, on peut se contenter d'inciser largement par la conjonctive, puis de presser ou de curer et de cautériser au crayon neutralisé par l'eau salée. Lorsque la saillie a lieu du côté de la peau, il faut pratiquer la résection.

KOPFF.

De la valeur comparative des traitements opératoires de l'asthénopie musculaire, par le Dr VIGNES (de Paris). (*XIIe Congrès international de médecine*, Moscou, 19-26 août 1897.)

1° L'asthénopie musculaire *protopathique*, caractérisée par la conservation de la vision binoculaire, mais avec impossibilité de prolonger la fixation rapprochée, qu'on observe chez des adolescents ou bien de jeunes sujets enmétropes (ou amétropes de moins d'une dioptrie), est essentiellement justiciable de l'intervention chirurgicale.

2° Il faut y procéder aussitôt que les moyens optiques sont insuffisants à assurer l'application soutenue du regard à courte distance (lecture, écriture, dessin, couture, etc.).

3° La ténotomie des muscles antagonistes est une opération à délaisser à cause des perturbations profondes qu'elle apporte dans le champ du regard et parce qu'elle expose au strabisme secondaire.

4° L'observation clinique démontre que l'avancement modéré de la paire musculaire insuffisante, répartissant également l'intervention dans les deux yeux, est infiniment plus respectueuse du fonctionnement binoculaire ; ce procédé s'est montré pour l'auteur préférable à l'avancement capsulaire et au plissement de la tête tendineuse.

5° M. Vignes pratique systématiquement une petite résection de la tête tendineuse.

R. BLONDEL.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Un cas de lèpre guéri par la chélidoine, par le Dr Ed. Joseph. (*Deutsche med. Zeitung*, 6 août 1897, et *Scalpel.*) — Il s'agit d'une femme de 40 ans, ayant habité San Paolo, au Brésil, pendant trente ans et y ayant contracté depuis dix ans le germe de la lèpre, au contact d'une amie qu'elle voyait journellement. La malade du Dr Joseph présentait tous les symptômes de la lèpre tubéreuse à un stade très avancé, associée du reste, par place, à la forme lisse de la maladie. Toutes les médications tentées avaient échoué; la patiente était devenue presque impotente, les douleurs provoquées par la marche étant très violentes; l'anesthésie était presque complète aux membres inférieurs.

L'auteur débuta par des applications locales sous forme d'enveloppements chauds, d'infusion de fleurs de camomille avec prise à l'intérieur de thé, de camomille, de mauve, et de fortes doses d'acide salicylique; application fréquente de ventouses scarifiées. Après trois mois, la tuméfaction des membres avait diminué, mais les douleurs avaient la même intensité. C'est alors que fut commencé le traitement par la chélidoine : au début, trois pilules par jour de 10 centigrammes extrait de plante *fraîche* de chélidoine; la dose fut portée progressivement à 16 centigrammes d'extrait par pilule (pour être ramenée plus tard à 10 centigrammes). L'auteur faisait alterner avec les pilules des injections sous-cutanées d'une solution à 10 0/0 d'extrait de chélidoine et appliquait localement une pommade à base de lanoline et contenant 10 0/0 d'extrait de chélidoine. Cette pommade, plus tard, fut ainsi modifiée par l'adjonction de résorcine et d'airol : airol — résorcine — extrait de plante fraîche de chélidoine, *ana* 10 grammes; lanoline, 70 grammes. Cette médication produisit d'excellents résultats.

Le Dr Joseph ayant pu se procurer entre-temps des plantes fraîches de chélidoine, exprima le suc de ces plantes et le traita par l'éther pour en séparer la chlorophylle, etc. Il obtint de la sorte une espèce d'extrait fluide couleur jaune d'or dont il fit prendre à sa malade : au début, 2 grammes quatre fois par jour; puis finalement, une cuillerée à café trois fois par jour. En même temps, il injectait de ce suc dans les nodules lépreux. Les résultats obtenus par cette médication furent absolument remarquables. Les nodules, après abcession, fondaient rapidement, la peau s'éclaircit peu à peu, les douleurs diminuèrent et la malade put faire quelques mouvements. Au bout d'un an du traitement, elle pouvait entreprendre de grandes promenades; les mains et les pieds étaient de dimension et de couleur normales, les troubles de la sensibilité avaient disparu: enfin le poids du corps avait considérablement augmenté: bref toutes les apparences de la guérison. Il persiste actuellement chez la patiente quelques rougeurs au front, au nez et aux joues.

L'auteur insiste particulièrement sur l'importance de l'emploi de plantes fraîches de chélidoine pour le traitement.

R. Blondel.

Traitement de la lèpre par le chelidonium majus. (*Thérapeutique moderne*, n° 6, 1897.) — En se basant sur ce fait quasi-incontestable que le chelidonium majus exerce une action favorable sur des néoformations malignes, Goussakoff eut l'idée de recourir à cette substance dans un cas de lèpre. Au bout d'un mois de traitement on est arrivé à un résultat certainement très favorable : amélioration de l'appétit, du sommeil et de l'état psychique, cicatrisation des ulcères, disparition de l'écoulement nasal, amélioration de la respiration.

Le chelidonium majus était administré à l'intérieur d'abord sous forme d'extrait :

Extrait de chelidonium majus	ãã 7 gr. 50
Glycérine	
Chlorhydrate de cocaïne.	20 centigr.
Eau distillée	180 grammes.

Une cuillerée à café toutes les deux heures. Plus tard on remplaça la potion sus-indiquée par une tisane de chelidonium que le malade prenait comme du thé matin et soir. Chacune de ces deux préparations était employée pendant deux semaines.

B. Taft.

L'emploi de l'acide picrique dans les maladies de la peau. — M. Pluymers (*Société médico-chirurgicale de Liège*, 5 août 1897) a tenté l'emploi de l'acide picrique dans un cas d'eczéma que les autres médications (oxyde de zinc, dermatol, etc.) n'avaient pu guérir. Il en a obtenu les plus heureux résultats en une dizaine de jours. Il a été conduit à l'employer en songeant à la similitude qui existe entre les lésions des brûlures et celles de l'eczéma et on sait que l'acide picrique agit bien contre les brûlures.

L'acide picrique a une influence manifeste sur

la kératinisation de l'épiderme. Il n'est presque pas irritant et détermine la coagulation des matières albuminoïdes de l'exsudat des brûlures.

M. Pluymers a fait des observations microscopiques sur la membrane interdigitale de la grenouille, membrane qu'il soumettait d'abord à l'action de divers irritants, entre autres de l'ammoniaque, puis sur laquelle il appliquait ensuite l'acide picrique.

L'auteur emploie, pour les applications thérapeutiques, une solution aqueuse saturée (1 1/2 à 2 0/0 environ) d'acide picrique avec laquelle il badigeonne les parties malades, puis laisse sécher quelques minutes et recouvre ensuite d'ouate hydrophile. Il fait renouveler ce pansement tous les jours ou tous les deux jours. Il importe, recommande-t-il, de respecter la croûte pour favoriser la guérison sous-crustacée.

La teinte jaune que l'acide picrique communique aux téguments disparaît au moyen de carbonate de lithine délayé dans l'eau.

M. Kuborn rapporte avoir traité beaucoup de brûlures étendues par l'acide picrique. Les résultats obtenus n'ont pas été brillants. M. Kuborn attribue le fait aux propriétés trop faiblement antiseptiques de l'acide picrique. Il est revenu à présent au vieux traitement par la gaze iodoformée trempée d'acide borique.

M. Roersch insiste sur la propriété que l'acide picrique possède, de bien supprimer la douleur.

M. Beco demande s'il ne serait pas utile de renouveler plus fréquemment les pansements à l'acide picrique. Il s'est bien trouvé parfois de l'emploi de l'acide picrique dans l'impétigo des enfants.

R. Blondel.

Sur un cas de psoriasis vulgaire guéri par l'application de l'électricité statique. (*Wratsch*, n° 25, 1897.) — Dans le cas observé par Schatzky il s'agit d'un médecin de 32 ans chez qui le psoriasis datait de quatre ans environ. En outre du psoriasis le malade présentait des symptômes fort nets de neurasthénie très prononcée.

Schatzky prescrivit ce qui suit : 1° électricité statique, trois séances par semaine chacune de vingt minutes de durée ; 2° alimentation modérée ; 3° lait cru. Après les trois ou quatre premières séances on put constater une diminution du prurit ; progressivement les plaques se mirent à disparaître. En outre, les fonctions digestives s'améliorèrent considérablement, les forces augmentèrent, la céphalalgie et les vertiges disparurent.

B. Taft.

Traitement du lupus par l'acide lactique. (*Journal de médecine militaire*, n° 6, 1897.) — Kadkine a eu recours dans cinq cas de lupus à l'acide lactique. Il procédait de la façon suivante : La région malade préalablement lavée avec une solution de sublimé et épongée, on la badigeonne avec de l'acide lactique, en ayant soin d'enduire la peau saine de lanoline ; l'excès d'acide lactique est enlevé et la région malade est recouverte d'une couche de gaze enduite d'une pommade au zinc-ichtyol. La cautérisation et le pansement sont répétés tous les jours.

Déjà après trois à quatre badigeonnages, des granulations saines commençaient à apparaître. La douleur déterminée par la cautérisation a duré la première fois de cinq à six heures ; elle était de moins en moins prolongée après les cautérisations suivantes.

La durée du traitement a varié de trente-cinq à quatre-vingt-dix-huit jours suivant l'état local et général. Ainsi dans un cas où la maladie datait de plus de trois mois, on fut obligé de débarrasser d'abord le malade de ses ascarides, ensuite de la fièvre palustre. C'est après seulement qu'on a pu songer au lupus.

Dans un cas où le lupus était localisé au nez, le malade a quitté l'hôpital après trois cautérisations : on ne peut donc pas faire entrer ce cas en ligne de compte. Dans les quatre autres cas, où le processus était localisé aux extrémités, les malades se sont rétablis. Chez l'un d'eux il n'y a pas eu de récidive après un an de traitement ; chez l'autre, après sept mois. D'une façon générale, l'auteur estime qu'on peut arriver à guérir un lupique par l'acide lactique en l'espace de quinze à cinquante jours, à la condition qu'il ne présente aucune autre lésion.

B. Taft.

Des meilleures préparations de mercure dans le traitement de la syphilis. (*Thérapeutique moderne*, n° 6, 1897.) — En se basant sur ses observations, Vischemirsky arrive à cette conclusion que ce sont les combinaisons de biiodure, bicyanure et bichlorure qui doivent être considérées comme étant les meilleures préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis. Pour les injections sous-cutanées, on aura le plus avantageusement recours aux biiodure et bicyanure de mercure ; pour l'administration interne c'est le sublimé qui sera préféré, mais à condition toutefois d'être administré dans un milieu albumineux. Le sel benzoïque est également recommandé comme donnant avec le blanc d'œuf des albuminates plus ou moins solubles qui irritent peu l'estomac. D'une façon générale l'auteur est partisan de l'administration interne du mercure et lui-même prescrit ordinairement

de 30 à 40 milligrammes de sel benzoïque une fois par jour le matin dans du lait. Le traitement est continué pendant environ six semaines (avec quelques intervalles de trois à quatre jours) sans qu'il se produise le moindre trouble du côté du canal gastro-intestinal. Traités de cette façon les malades évitent les douleurs, d'assez grande intensité dans la majorité des cas, que provoquent les injections. En outre, en administrant le mercure à l'intérieur on a encore cet avantage qu'on peut mieux doser la subtance médicamenteuse.

B. Taft.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chirurgien des hôpitaux.

Traitement de la cystite avec décomposition ammoniacale des urines par l'urotropine (hexaméthylène tétramine). (*Der Aertzl. Praktiker*, n° 12, 1897.) — Le Pr Nicolaier a pu constater dans de nombreux cas de cystite ammoniacale, que l'hexaméthylène tétramine, administrée à l'intérieur, à la dose quotidienne maxima de 1 gr. 50, fait très rapidement disparaître la décomposition ammoniacale dans les urines.

L'urotropine enraie la fermentation sans la supprimer de suite, car si on suspend dès les premiers jours la médication, l'odeur ammoniacale reparaît. L'effet favorable s'obtient très rapidement, mais on continuera pendant quelque temps encore la médication, pour la raison que nous venons d'énoncer.

Diverses expériences ont démontré à l'auteur qu'à la température du corps, l'urotropine agit en donnant naissance à un composé qui s'oppose à la fermentation des urines. Ce corps serait l'aldéhyde formique : les réactions qui permettent de déceler cette dernière substance n'ont cependant donné aucun résultat positif jusqu'à présent.

Le *salicylate d'urotropine* recommandé par Flexner, ne semble pas une préparation facile à utiliser en pratique, car les deux composants se trouvent à peu près en quantités égales dans le composé, et comme on ne peut guère dépasser la dose de 1 gr. 50 d'urotropine par jour sans s'exposer à provoquer de la dysurie, on ne pourra donner le salicylate qu'à doses trop faibles, si l'on se sert du produit de Flexner.

E. Vogt.

L'action des antiseptiques sur les cultures de gonocoque, par Steinschneider et Schœffer. (*Deutsche med. Zeitung*, 1897, p. 584, n° 57.) — Les auteurs ont cultivé le gonocoque sur le milieu de Wertheim (sérum humain) auquel ils ont ajouté successivement, pour en apprécier les effets, le sublimé, le permanganate, l'acide borique, le sulfate de zinc, le sulfophénate de zinc, l'acide tannique, la résorcine, l'alumnol, les sels d'argent, l'ichtyol, aux doses auxquelles ces agents sont habituellement employés dans l'urètre. Les sels d'argent, et en particulier l'éthylène-diamine-phosphate d'argent (argentamine) ont donné les résultats les plus rapides, puis vient l'ichtyol à des doses plus élevées toutefois que celles qui sont usitées en thérapeutique : les autres antiseptiques se sont montrés moins actifs, même le sublimé. L'urine des sujets ayant absorbé préalablement du copahu à haute dose, ou du salicylate de soude, n'a exercé aucune action bactéricide bien nette sur les cultures : par contre, celle de sujets prenant plusieurs jours des doses très élevées d'iodure de potassium a entravé le développement des cultures. Les auteurs ont en outre constaté que le gonocoque mis en suspension dans l'eau stérilisée conserve sa vitalité pendant quatre heures, et que des cultures sur sérum agar, une fois desséchées, conservent la leur pendant plusieurs heures encore.

R. Blondel.

Action de l'essence de santal sur le développement des bactéries et spécialement du gonocoque. (*Archiv f. Dermatologie u. Syph.*, fasc. I et II, 1897.) — Valentine a fait agir sur des cultures de gonocoque obtenues par la méthode de Finger (agar additionné d'urine) le santalate de soude, forme sous laquelle l'essence de santal est éliminée par les reins. L'agar mélangé d'urine de sujets ayant absorbé du santal, s'est montré réfractaire à l'ensemencement du pus blennorrhagique dans trois cas seulement sur neuf: d'autres bactéries urétrales se sont d'ailleurs développées dans les cultures en même temps que le gonocoque. Valentine en conclut, peut-être un peu hâtivement, que le santal n'est pas un antiblennorrhagique efficace.

R. Blondel.

Un cas de funiculite, par M. Semet. (*Archives médicales belges*, quatrième fascicule, 1897.) — L'auteur rapporte un cas recueilli à l'hôpital militaire de Liège, qui nous paraît intéressant par son étiologie obscure. Il s'agit d'accidents récidivés de funiculite gauche, avec retentissement péritonéal violent, chez un jeune soldat, cédant par deux fois à un traitement antiphlogis-

tique fort simple, au bout de quelques jours. Le diagnostic était difficile à préciser, car la blennorrhagie faisait défaut dans les antécédents. Le malade n'avait pas été atteint d'oreillons, il n'était nullement rhumatisant et n'avait pas subi de traumatisme. Par élimination, on conclut à une *névralgie iléo-scrotale* de Chaussier, qui peut succéder aux excès vénériens, à l'onanisme et compliquer le varicocèle. Elle siège à gauche principalement et produit la funiculite séreuse qui se termine par la résorption.

AUG. BENOIT.

Action thérapeutique des sels de strontium dans les néphrites. (*Société des médecins russes de Moscou*, séance de mai 1897.) — Après un court aperçu historique de la question, PREISS a communiqué à la Société quatre cas personnels où il eut recours à l'emploi du lactate de strontium.

L'âge du malade variait de 16 à 36 ans; dans deux cas il s'agissait presque certainement de néphrite scarlatineuse. Le lactate de strontium administré à la dose de 6 grammes par jour en trois fois a eu pour effet de diminuer la quantité d'albumine dans les urines. C'est, d'après Preiss, la seule action que le lactate de strontium puisse exercer.

B. TAFT.

Obstétrique

Dr L. DÉMELIN
Accoucheur des hôpitaux.

Les nucléines au point de vue puerpéral. (*Ther. Wochenschrift*, IV, n° 22, p. 544 et 545, 1897.) — Les nucléines se trouvent dans les noyaux des cellules, spécialement dans la partie chromatique : on les obtient surtout du pus, du sperme, du jaune d'œuf de poule, de la levure de bière, du foie, du lait de vache, etc.

La nucléine contient toujours du phosphore, quelquefois du soufre. Toutes les nucléines sont solubles dans les alcalis faibles, insolubles dans les acides faibles et le suc gastrique artificiel.

Au point de vue pratique, il faut signaler :

La *nucléine de la levure de bière*, poudre gris blanchâtre;

La *nucléine Horbaczenski*, poudre gris brunâtre obtenue de la pulpe splénique;

La *nucléine sodique*, poudre blanchâtre en grande partie soluble dans l'eau.

Horbaczenski reconnut le premier que les nucléines sont douées de propriétés pyrétogènes très énergiques et qu'elles provoquent une hyperleucocytose très accusée. Or, augmenter le nombre des leucocytes, c'est accroître la puissance phagocytique du sang. C'est en se fondant sur ces considérations qu'HOFBAUER prescrivit la nucléine dans sept cas d'infection puerpérale, cinq femmes guérirent; dans les deux cas mortels, l'état général était si grave dès le début que la terminaison fatale était inévitable; mais néanmoins, même dans ces cas, il survint une amélioration passagère sous l'influence de la nucléine. Pendant la convalescence, les os étaient très sensibles au toucher, comme dans la leucémie, sans doute par suite de l'hyperleucocytose d'origine médullaire provoquée par la nucléine.

On emploie la nucléine en injections sous-cutanées :

Nucléine.....	50 centigr.
Dissolvez et triturez dans :	
Eau distillée.....	Q. s.
Additionnez ensuite :	
Acide phénique.....	50 centigr,
Eau distillée.....	Q. s. pour faire 100 centimètres cubes.

Filtrez.

1 centimètre cube de cette solution contient 5 milligrammes de nucléine, à injecter d'abord un demi-centimètre cube et ensuite 1 centimètre cube par jour. La dose maxima employée était de 60 milligrammes, soit 12 centimètres cubes de cette solution. Les injections seront faites dans la région interscapulaire avec toutes les précautions antiseptiques; pas de réaction locale inflammatoire.

DEMELIN.

Des soins à apporter au cordon ombilical chez le nouveau-né, nouvelle méthode de stricture du cordon, par J. PEAUDECERF. (*Thèse de Paris*, 1897.) — L'auteur décrit le procédé employé par M. le Dr Bar. A la ligature, M. Bar a substitué la stricture par une pince à pression. L'instrument de choix est la pince du Pr Terrier.

La pince sera placée perpendiculairement à l'axe du cordon, immédiatement au ras de la peau de l'ombilic, afin de ne laisser au-dessous de la pince qu'une quantité très petite de cordon. C'est à cette condition qu'on obtiendra une rapide dessiccation.

Les anneaux de la pince sont appliqués sur le ventre du nouveau-né, et on sectionne le cordon le plus près qu'il est possible des mors de la pince.

Après s'être assuré que l'hémostase est obtenue on fait rapidement un pansement à l'ouate hydrophile stérilisée, pansement qui doit en-

tourer la pince de toute part, et qui doit la bien séparer de la paroi abdominale. Une compresse longuette renferme le tout, et l'enfant est placé dans son maillot.

La pince laissée à demeure doit être enlevée au bout de vingt-quatre heures après la naissance.

La pince étant enlevée, laisse à découvert le segment du cordon qu'elle étreignait, segment qui, aplati transversalement, est devenu mince, lamelleux, transparent, parcheminé. Cette lamelle cornée est enlevée d'un coup de ciseaux à la limite de la peau et un pansement à la gaze antiseptique termine cette petite opération.

Après la section de la lamelle cornée, il reste dans la cicatrice ombilicale un petit moignon, souvent déjà desséché, qui tombe lui-même très rapidement vers le quatrième ou le cinquième jour, parfois plus tôt, rarement plus tard.

On s'abstient complètement de donner des bains au nouveau-né jusqu'à cicatrisation de la plaie ombilicale.

DEMELIN.

Traitement de l'ophtalmie blennorrhagique chez les nouveau-nés par le calomel. (*Wratsch*, n° 27, 1897.) — PANKALOFF a recours, depuis déjà un certain temps, au calomel dans le traitement de la blennorrhagie oculaire chez les nouveau-nés. Le nombre des cas traités jusqu'ici et où l'on a pu constater la présence du gonocoque Neisser a été de cinquante-sept. Voici de quelle façon il procède :

Chez tout enfant atteint de blennorrhagie on lave les yeux à l'aide d'une seringue contenant une solution à 2 0/0 d'acide borique; après avoir épongé on saupoudre, à l'aide d'un pinceau, avec du calomel les culs-de-sac coujonctivaux et même la cornée. On se sert du calomel à la vapeur. Il n'y a à prendre aucune précaution, au contraire plus l'on met de poudre et meilleur sera le résultat.

Le lendemain, les sécrétions, même dans des cas graves, diminuent considérablement; l'œdème palpébral disparaît; on ne constate sur les paupières que des taches de couleur rouge sombre par suite de la circulation gênée.

Ce pansement est répété suivant les cas deux ou trois fois; lorsque les paupières ne se collent plus le matin, on commence à employer les moyens astringents. Parfois dans les cas graves, pour rendre l'action du traitement plus intense, on ajoute des lotions avec une solution de chlorure de sodium à 1 0/0.

La durée du traitement de la blennorrhagie chez les nouveau-nés a considérablement diminué avec l'emploi du calomel et a été réduite à sept jours. Même dans les cas anciens, le traitement n'a pas duré plus de deux semaines. Ce fait prend une grande importance lorsqu'on se rappelle qu'avec le traitement habituel (par le nitrate d'argent) on est souvent obligé d'employer de trois à quatre semaines; encore faut-il faire des cautérisations quotidiennes.

B. TAFT.

Traitement prophylactique de la conjonctivite purulente des nouveau-nés. (*Médecine infantile*, 15 juillet 1897.) — M. VILLARD, après avoir montré dans quelles proportions les précautions antiseptiques ont fait diminuer le nombre des conjonctivites purulentes des nourrissons autrefois si considérables, affirme que cette affection est parfaitement évitable au moins dans la majorité des cas.

Pour cela faire on aura recours :

1° A l'antisepsie de la filière vaginale avant et pendant l'accouchement;

2° A l'antisepsie des conjonctives de l'enfant pratiquée aussitôt après la naissance, *avant même la section du cordon*. Olshausen a montré, en effet, que la prophylaxie exécutée avant la ligature du cordon donne deux fois plus de succès que si la même méthode est appliquée après la ligature. Certains médecins voudraient même que ces précautions soient prises (Schwartz) immédiatement après la sortie de la tête avant le dégagement des épaules, mais ceci est exagéré. On devra pratiquer la toilette de la face au moyen d'une solution d'acide borique à 3 0/0, faire ensuite un lavage périoculaire des sourcils, des paupières et des cils avec la même solution, faire un lavage semblable des conjonctives, puis instiller avec un compte-gouttes ou une baguette de verre *une goutte* d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, la goutte devra tomber au centre de la cornée, comme le veut Crédé; ne pas renouveler la nitratation les jours suivants. Pendant quelques jours il se produit une réaction assez violente mais qui guérit bientôt complètement : l'enfant se trouve à l'abri de la conjonctivite purulente.

E. THIERCELIN.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Traitement des laryngites aiguës de l'enfance, par G. VARIOT et J. GLOVER. (*Médecine moderne*, n° 64, 11 août 1897.) — Le meilleur traitement de la laryngite aiguë consiste, dans les cas légers, à faire des inhalations de vapeur d'eau,

au moyen de la simple bouilloire à inhalation. On peut donner le pédiluve sinapisé. Le cou sera enveloppé d'ouate avec badigeonnage iodé. Si la toux est fréquente et trouble le sommeil, on prescrira un narcotique léger, le sirop de codéine par exemple, jusqu'à rétablissement du calme et à la somnolence. On le donnera par cuillerées à café à raison de deux, quatre, six cuillerées selon l'âge.

Dans les cas plus intenses, on fera au-devant du cou des applications fréquentes avec une éponge imbibée d'eau chaude ou avec du papier sinapisé. Ce sont là les moyens thérapeutiques à opposer aux cas simples. Mais lorsque à l'élément inflammatoire vient se joindre dans la laryngite aiguë de l'enfant l'élément spasmodique, il est nécessaire d'avoir recours à une thérapeutique plus rigoureusement méthodique. Les deux éléments inflammatoire et spasmodique ne peuvent être efficacement combattus que si le jeune malade est maintenu dans une chambre spacieuse suffisamment chauffée et dont l'air sera chargé de vapeur d'eau. Les enfants doivent être placés dans une chambre grande, spacieuse et chauffée, mais dont la température ne dépassera pas 15° à 18° centigrades et dont l'air sera renouvelé au moins deux ou trois fois par jour.

L'air, avons-nous dit, sera chargé de vapeur d'eau; celle-ci a une action thérapeutique particulièrement intéressante tant sur l'élément inflammatoire que sur l'élément spasmodique de la maladie; certains auteurs reconnaissent une action thérapeutique plus efficace à la vapeur d'eau rendue médicamenteuse par l'addition à l'eau vaporisée par l'ébullition d'une substance volatile désinfectante; c'est ainsi que l'on peut ajouter à l'eau de la teinture composée de benjoin ou de l'essence de térébenthine (une cuillerée à café de cette dernière pour deux litres d'eau). Mais, ce qui est véritablement actif c'est la vapeur d'eau elle-même; il est probable que c'est en délayant les mucosités, en facilitant leur expulsion que la vapeur d'eau agit surtout. Or le spasme paraît être entretenu par les mucosités accumulées dans la région hypoglottique, mucosités qui suffisent à faire contracter les muscles constricteurs de la glotte.

A l'hôpital les jeunes malades atteints de laryngite spasmodique sont placés dans une chambre spacieuse, dite chambre de vapeur, où la vapeur est amenée par une conduite et provient d'une bouilloire fermée, placée extérieurement.

En ville la meilleure disposition pour obtenir la sursaturation par la vapeur de l'air respiré par le malade consiste à organiser un dispositif spécial appelé *tente de vapeur*. L'enfant est couché dans un lit ou dans un berceau. Le lit ou le berceau est tendu d'un rideau qui peut avantageusement être remplacé par un drap. A côté du berceau est solidement fixée, avant d'éviter qu'elle se verse, une bassine d'eau bouillante maintenue en ébullition, à l'aide d'une lampe à alcool. La vapeur d'eau s'accumule au-dessous du rideau où elle sature peu à peu l'air respiré par l'enfant.

Quelques moyens médicamenteux peuvent être employés pour calmer le spasme phréno-glottique. Dans l'intervalle des accès on peut donner, trois fois par jour, une cuillerée à café de la potion :

Bromure de potassium..	1	gramme.
Sirop d'éther.....	20	—
Sirop de fleurs d'oranger	20	—
Eau distillée.....	20	—

ou bien de la suivante :

Musc.....	10	centigr.
Bromure de potassium.	1	gramme.
Sirop de fleurs d'oranger }	âà 20	—
Eau distillée..... }		

ou on donnera matin et soir cinq gouttes de :

Alcoolature de racine }	âà 5	grammes.
d'aconit..... }		
Teinture de belladone.. }		

On augmentera tous les jours d'une goutte jusqu'à vingt.

On pourra donner chaque jour un bain tiède, en ajoutant à l'eau du bain :

Extrait de belladone.....	1	gramme.
Tilleul avec bractées.....	50	—
Eau bouillante.....	1	litre.

On replacera l'enfant au lit après le bain et on lui enveloppera les jambes d'ouate.

La codéine exerce une influence incontestable sur les spasmes phréno-glottiques; elle est bien supportée à la dose de 1 centigramme chez les enfants au-dessous de un an; la dose de 2 centigrammes peut être atteinte chez les enfants de 3 ans et au-dessus. La solution qui est administrée aux enfants contient 1 centigramme par cuillerée à soupe de solution, un tiers de centigramme par cuillerée à café. On donne d'abord une cuillerée à café et, si au bout d'une heure, le sommeil n'est pas obtenu, on fait prendre une autre cuillerée à café. L'effet du médicament se prolonge au delà de vingt-quatre heures, mais sur cent enfants qui ont pris de la codéine aucun accident n'a pu être relevé.

Lorsque tous les moyens médicaux ont échoué, lorsque la cyanose du visage annonce l'asphyxie commençante, il faut recourir aux procédés chirurgicaux : le tubage et la trachéotomie. Dans les services hospitaliers, en présence d'une laryngite aiguë grave, on doit autant qu'il est possible préférer le tubage à la trachéotomie.

En ville l'application du tubage est plus délicate, en raison de la surveillance assidue et prolongée qu'il nécessite.

Dans les campagnes, dans la clientèle privée, la trachéotomie est préférable. Il est à remarquer que l'intensité des phénomènes spasmodiques dans certains faux croups graves est parfois d'une violence telle que le séjour du tube dans le larynx en pareil cas doit être de plus longue durée que dans certains cas de croup membraneux. Tandis que dans le croup membraneux une dilatation extemporanée de la glotte, dilatation s'accompagnant d'écouvillonnage des membranes peut avoir à elle seule raison des phénomènes spasmodiques, dans les faux croups graves il est rare que pareil résultat se produise.

En résumé, on traitera les laryngites aiguës suffocantes non diphtériques par la dilatation prolongée de la glotte pratiquée à l'aide d'un tube laryngien d'O'Dywer laissé à demeure pendant le temps nécessaire. Lorsque le calme semblera s'être établi après douze ou vingt-quatre heures, on tentera le détubage pour l'alimentation de l'enfant, ou le nettoyage de l'instrument. Encore dans les laryngites spasmodiques rubéoliques le spasme est-il parfois tellement prononcé que la dilatation de la glotte par le tube ne donne pas de résultats constants et que la trachéotomie est le plus souvent nécessaire. Le spasme est dans la rougeole entretenu par les ulcérations laryngées, et le tubage paraît encore accentuer par traumatisme ces ulcérations dues à l'infection morbilleuse. G. Lyon.

Injections de spermine chez les nourrissons. (*Wratsch*, n° 20, 1897.) — A la Société des médecins d'enfants de Saint-Pétersbourg, Koroleff a fait une communication sur les injections de spermine chez les nourrissons. Il a eu recours à ces injections dans des maladies différentes (tuberculose chronique, syphilis du poumon, choléra infantile, etc.). Il a employé soit l'essence de spermine, soit les injections sous-cutanées. Le nombre des injections faites a été de 124. On n'a jamais observé d'accidents. Koroleff formule les conclusions suivantes :

1° Les injections de spermine chez les nourrissons ont la même valeur que les autres toniques.

2° La bronchite capillaire et la pneumonie ne sont pas influencées particulièrement par les injections même dans les cas où les injections ont été pratiquées dès le début de la maladie.

3° Chez les enfants nés avant terme on obtient un bon résultat, mais pour l'obtenir il ne faudra pas attendre pour recourir aux injections l'échec des autres méthodes de traitement, il faudra les pratiquer immédiatement.

4° Dans le choléra infantile les injections de spermine déterminent une amélioration très manifeste. B. Taft.

Traitement de la syphilis congénitale des nourrissons par des injections de salicylate de mercure. (*Wratsch*, n° 24, 1897.) — A la Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg, Xoroleff a fait une très intéressante communication au sujet du traitement de la syphilis congénitale des nourrissons par les injections de salicylate de mercure. Il injectait le sel mercuriel en solution dans de la vaseline liquide en proportion de 1 pour 20, à la dose de 1 à 4 divisions de la seringue de Pravaz, de telle sorte que la quantité injectée était de 5 milligrammes à 2 centigrammes de salicylate de mercure. On faisait une injection par semaine.

Le nombre total des injections pratiquées sur 56 enfants âgés de une semaine à 1 an, du poids de 1,100 à 9,000 grammes, a été de 309. Tous ces enfants présentaient des symptômes caractéristiques de syphilis génitale. Les résultats obtenus sont les suivants : Ordinairement, après la première injection et d'une façon constante après la deuxième, l'éruption pâlissait; après la troisième ou la quatrième injection il ne restait qu'une pigmentation insignifiante. Chez les enfants traités par le calomel, l'éruption commençait à pâlir le septième jour et ne disparaissait à peu près complètement que le vingt-cinquième jour. Enfin chez les nourrissons traités par les frictions à l'onguent napolitain et les injections mercurielles, l'éruption pâlissait le cinquième jour et disparaissait le vingt-troisième.

Les injections agissent donc apparemment aussi énergiquement que les frictions à l'onguent napolitain, mais — ce qui est important — les injections n'ont pas l'action déprimante des frictions. En outre, avec les injections, les récidives s'observent plus rarement qu'avec d'autres procédés de traitement. En ce qui concerne les complications observées dans le traitement par les injections, on constate souvent de l'agitation pendant les deux à cinq heures qui suivent l'injection, et, dans quelques cas, une élévation de température peu considérable en somme, enfin des érythèmes ayant duré trois jours. On n'a jamais observé ni abcès ni albuminurie. Etant donné le peu de gravité des complications d'une part et la rareté plus grande des récidives qui semblent caractériser le traitement par les injections de salicylate de mercure, Koroleff se croit en droit de conclure que ce sont les injections qui doivent être préférées à tout autre mode de traitement dans la syphilis congénitale des nourrissons.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Valeur thérapeutique du syzigium jambolanum. (*Archives russes de pathologie*, n° 2, 1897.) — LEWACHEFF en se basant sur ses recherches personnelles cliniques et expérimentales ainsi que sur celles de Colosant, Kobert, Krobe, Heldenbrandth et d'autres, arrive à cette conclusion que le syzigium jambolanum jouit incontestablement d'une action très favorable dans le diabète.

En effet, l'administration de cette plante (employée le plus souvent sous forme de poudre des fruits) a pour effet de diminuer considérablement la quantité du sucre. Ainsi, pour citer un exemple parmi tant d'autres, dans un cas où la quantité du sucre avant le traitement était de 7,3 0/0, elle est tombée, après cinq jours de traitement, à 3,63 0/0. Ce n'est pas tout : l'état général s'améliore et le poids augmente. Enfin le syzigium jambolanum est absolument sans aucun danger, car employé même à de très hautes doses (de 60 à 100 grammes de poudre) il ne détermine aucun accident sérieux.

Ajoutons, enfin, que si dans un certain nombre de cas l'emploi du syzigium jambolanum a paru rester sans effet, cette inefficacité ne serait d'après Lewacheff qu'apparente. Elle peut s'expliquer par ce fait que la dose employée n'avait pas été suffisante ou bien par ceci que la préparation n'était pas fraîche et de mauvaise qualité.

B. TAFT.

Propriétés antiseptiques de l'iodure de peptone. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 6, 1897.) — GARMACHEFF obtient l'iodure de peptone en faisant agir l'iode sur la peptone. Cette substance se présente sous forme de poudre d'une couleur de brique, soluble dans l'eau et se modifiant lentement sous l'influence de la lumière et de l'air. La quantité d'iode contenue dans la préparation varie avec la sorte de peptone. Ainsi la peptone de certaines fabriques retient plus d'iode que la peptone de certaines autres. En mettant en parallèle les propriétés antiseptiques de l'iodure de peptone avec celles de l'iodoforme, l'auteur se prononce en faveur du premier. Aucun micro-organisme ne se développe dans l'iodure de peptone : plus encore, l'iodure de peptone tue plusieurs microbes. Ainsi si l'on ajoute à du pus 10 0/0 d'iodure de peptone, le pus devient stérile au bout d'un quart d'heure. La culture du bacille charbonneux est tuée au bout d'une heure.

En ce qui concerne l'emploi pratique, l'auteur fait encore à l'heure qu'il est des recherches à ce sujet. Mais il croit déjà pouvoir se prononcer en faveur de l'iodure de peptone qu'il considère comme supérieur à l'iodoforme. Ces avantages sont les suivants :

1° Il jouit d'une action locale très faible ; 2° il se dissout dans les sucs organiques ; 3° il dessèche la plaie par suite de ses propriétés hygroscopiques ; 4° il ravive les granulations et favorise la cicatrisation, surtout dans les cas où il s'agit d'ulcères atoniques. Enfin, derniers avantages qui ne sont pas sans importance, l'iodure de peptone n'a pas d'odeur et coûte meilleur marché que l'iodoforme.

B. TAFT.

Action des eaux minérales de Borjome sur la composition du sang. (*Medicins. Obosr.*, n° 7, 1897.) — En se basant sur ses observations concernant cinq malades, ROSENSTADT formule les conclusions suivantes au sujet de l'action des eaux de Borjome sur la composition du sang :

1° Dans l'emploi des eaux de Borjome, que les organes digestifs soient sains ou non, on constate l'augmentation de l'alcalinité du sang. Cette augmentation persiste pendant un certain temps après quoi l'alcalinité du sang redevient normale (pour l'individu en question). En outre, chez les sujets dont les organes gastro-intestinaux sont pathologiquement modifiés, on constate, à côté de l'augmentation de l'alcalinité, l'augmentation du poids spécifique et peut-être aussi celle de la quantité d'hémoglobine. Les variations du nombre des globules rouges ne dépassent pas, en somme, celles qu'on peut attribuer aux erreurs de l'observation. Le nombre des leucocytes, ainsi que les rapports entre leurs différentes espèces, restent sans modification. Du reste, en ce qui concerne les leucocytes, les faits recueillis jusqu'à présent ne sont pas encore assez nombreux ni assez démonstratifs pour qu'on puisse se prononcer définitivement à ce sujet. Il est très possible que les observations ultérieures montrent une différence notable.

2° Lorsque la dose de l'eau est modérée, ce n'est pas une dilution mais plutôt une condensation du sang qu'on constate. Cette condensation persiste un certain temps après qu'on a suspendu le traitement par l'eau.

3° Pour que l'eau minérale en question agisse d'une façon plus stable sur la composition du sang, il faut qu'elle soit administrée pendant un laps de temps assez long.

B. TAFT.

Action de la thyroïdine sur l'assimilation des graisses chez l'homme sain. (*Thèse de Saint-Pétersb.*, 1895.) — TIKANADZE s'est servi dans ses expériences de la thyroïdine de Merk. Le nombre total des observations a été de six. Trois sujets en expérience après quatre jours de contrôle recevaient de la glande thyroïde crue de veau à la dose approximative de 2 gr. 12 par jour; après vingt-quatre heures de repos on leur administrait, pendant trois jours, 72 centigrammes de thyroïdine par jour en trois fois. Les trois autres ne recevaient que la thyroïdine à la même dose pendant six jours.

Les résultats obtenus sont les suivants :

1° L'assimilation des graisses diminuait de 1,33 0/0 à 4,43 0/0; l'action de la thyroïdine était plus forte que celle de la glande thyroïde crue.

2° Les urines augmentaient de quantité.

3° Le poids du corps diminuait de 1,250 à 230 grammes (ce qui d'après l'auteur résultait de la faible absorption des graisses, de l'augmentation des échanges azotés et de l'élimination exagérée de l'eau) et dès que l'administration de la thyroïdine était terminée, tous les phénomènes morbides, après avoir persisté parfois pendant quelques jours, disparaissait progressivement. Quant aux accidents décrits ordinairement sous le nom de thyroïdisme, Tikanadze attribue aux particularités personnelles.

D'après Tikanadze, la question du traitement de l'obésité par la thyroïdine aurait encore besoin de recherches complémentaires.

B. TAFT.

Sur un cas d'amaurose à la suite de l'ingestion de quinine. (*Wratsch*, n° 22, 1897.) — Il s'agit d'un malade âgé de 35 ans qui après avoir ingéré le soir deux paquets de quinine (on n'a pu arriver à déterminer exactement la quantité) se réveilla complètement aveugle. L'amaurose était accompagnée de bourdonnements d'oreilles. Le lendemain l'acuité visuelle devint plus grande et au bout de quinze jours le malade put être considéré comme guéri.

B. TAFT.

Action analgésique de la lumière électrique. (*Thérapeutique moderne*, n° 6, 1897.) — GORBATSCHEFF a obtenu de très bons résultats de l'application de la lumière électrique employée sous forme de l'arc de Volta ou de lampe d'incandescence. Les affections dans lesquelles ces résultats favorables ont été obtenus sont : la névralgie intercostale, la sciatique et la synovite du genou.

B. TAFT.

Hydrothérapie

Dr VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

L'hydrothérapie dans le traitement de la maladie de Basedow, par WINTERNITZ. (*Deutsche medizinal Zeitung*, n° 35, p. 359, 1897.) — L'hydrothérapie est, pour Winternitz, le moyen de traitement par excellence de la maladie de Basedow. Ce médecin a traité par l'hydrothérapie quatre-vingt-dix malades dont quelques-uns ont pu être suivis pendant plus de vingt ans et n'a eu qu'un seul décès à déplorer. Jamais l'hydrothérapie n'a échoué totalement; assez souvent elle a déterminé la guérison complète.

On peut arriver à calmer l'éréthisme cardio-vasculaire et le tremblement au moyen de la réfrigération de la nuque et de la colonne vertébrale. Winternitz fait appliquer pendant des heures sur la colonne vertébrale des tubes en caoutchouc traversés par de l'eau froide. Il refroidit l'eau progressivement et en cas de besoin abaisse la température du liquide jusqu'à zéro (par addition d'un fragment de glace au liquide). Avant d'enlever l'appareil il ramène progressivement la température de l'eau à 10° et 12°. Entre l'appareil réfrigérant et la peau est interposé un morceau de toile qui a été plongé dans l'eau, puis exprimé et qu'on replie en deux épaisseurs.

Le tout est fixé en place par un morceau de toile bien sec. Pendant qu'il est soumis à la refrigération locale, le malade reste couché sur le dos, sur un lit de repos.

Lorsque l'appareil a été enlevé Winternitz fait du massage sur le dos.

Un autre moyen très efficace contre l'éréthisme vasculaire consiste dans les enveloppements humides, suivis d'un demi-bain tiède à 18° ou 20°, de deux à trois minutes de durée, avec frictions plus ou moins énergiques dans le bain, ou douche en pluie, progressivement refroidie.

Les lotions froides et les bains de siège sont efficaces contre la diarrhée des Basedowiens.

Enfin, pour améliorer les fonctions digestives Winternitz fait appliquer sur le ventre des malades, pendant la nuit, une compresse humide, fixée par un bandage imperméable.

Voici d'ailleurs comment ces diverses pratiques hydrothérapiques doivent être réglées :

Le matin de bonne heure, immédiatement après le réveil, le malade sera soumis à un enveloppement humide, dans son lit; la durée de cet enveloppement variera d'une demi-heure à une heure. Il devra se réchauffer complètement sans passer en transpiration. Pour cela il importe

qu'une fenêtre de la chambre du malade reste ouverte, sans toutefois que celui-ci soit directement exposé à un courant d'air. Quand il n'est pas possible de réaliser cette condition dans la chambre du malade, l'enveloppement devra se faire dans une salle de bain.

Une fois le malade réchauffé, on le délivre de son enveloppement, on le plonge, pendant deux ou trois minutes dans un demi-bain à 20°-18°, on lui fait une affusion froide et on le frictionne plus ou moins énergiquement, ou on le soumet à une courte douche en pluie. Repos et mouvement, suivant les conditions de réaction individuelle du sujet.

Avant midi, et pendant une heure, on fait une application de tubes réfrigérants sur le dos et la nuque du sujet.

Dans l'après-midi on recommence cette application.

Le soir, au moment du coucher, application d'une compresse humide sur le ventre, compresse pliée en deux et maintenue par un bandage de corps bien sec.

En cas de diarrhée très rebelle, friction froide suivie d'un demi-bain, d'une durée de dix à quinze minutes, à la température de 12°. Immédiatement après les applications de tubes réfrigérants sur le dos, séance de massage (hachures) deux à cinq minutes de durée.

Winternitz prescrit en outre un régime alimentaire spécial dont le lait, les œufs, les végétaux constituent la base. G. Lyon.

L'hydrothérapie de la malaria. (*Therap. Monatshefte*, août 1897.) — Ziegelroth (de Berlin) est un partisan convaincu de l'hydrothérapie dans la cure du paludisme : il recommande l'eau froide, sous forme de douches ou affusions, environ trois heures avant le début de l'accès, avec friction consécutive très énergique, dans les cas franchement caractérisés. Lorsqu'on a affaire à des formes irrégulières, frustes, à un état général inquiétant, la douche froide quotidienne *doit être préférée* à la médication quinique.

L'action de l'hydrothérapie s'explique sans nul doute par une élimination plus active des toxines, due au coup de fouet que l'affusion froide donne à l'organisme. En tous cas, il est facile de démontrer que l'emploi de l'hydrothérapie détermine une augmentation dans le nombre des leucocythes qui circulent dans les vaisseaux sanguins.

Dans quelques cas, on sera obligé d'intervenir plus énergiquement encore : on recommandera alors la sudation : les séances seront espacées dans chaque cas particulier, en tenant compte de l'état du malade.

Comme prophylactique du paludisme, l'hydrothérapie présente, dans les colonies, une valeur considérable : elle agit en outre en sens inverse des liquides alcooliques, considérés malheureusement comme d'excellents antipaludiques par la grande majorité des Européens qui vivent sous les tropiques. Comme ce préjugé semble indéracinable, on peut au moins essayer de combattre ses effets par une utilisation en grand de l'hydrothérapie froide, réduite à des pratiques aussi peu compliquées que possible.

E. Vogt.

FORMULAIRE

Préparation d'iodure de potassium pour prévenir l'iodisme. (Spencer.)

Iodure de potassium...	30	grammes.
Citrate ferro-ammoniacal.....	4	—
Teinture de noix vomique.....	8	—
Eau distillée.....	30	—
Teinture de quinquina Q. s. ad.....	120	—

Une cuilleré à café dans un demi-verre d'eau après le repas.

Les colles médicamenteuses.

La gomme arabique dissoute dans un antiseptique peut être utilisée même pour les bandages contentifs, demi-inamovibles. Voici un exemple de formule pour topique :

Liqueur de V. Swieten ..	150	grammes.
Gomme arabique concassée.....	Q. s. pour obtenir une consistance huileuse après un quart d'heure d'ébullition.	
Iodoforme porphyrisé..	5	grammes.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Congrès de Moscou. — Le XIIe Congrès international de médecine s'est ouvert à Moscou le 19 août et a été clôturé le 26. La séance d'ouverture, sous la présidence du grand-duc Serge Alexandrovitch, a eu lieu au Grand-Théâtre, en présence seulement des délégués officiels des Etats, des Universités, des Sociétés savantes et de la Presse, la place étant insuffisante pour recevoir les 7,000 congressistes venus à Moscou. Le Pr Sklifossofsky, président du comité d'organisation, a prononcé le discours d'ouverture : puis lecture a été donnée d'un télégramme adressé à M. Roth, secrétaire général du Congrès, par le général Warkowsky, ministre de la guerre.

Le Pr Roth, dans une intéressante allocution a ensuite retracé l'histoire des travaux du comité d'organisation dont la besogne ne s'accomplit pas sans obstacles, si l'on songe que le président du comité fut changé trois fois, et que, le secrétaire général ayant démissionné, le poste resta vacant pendant quatre mois, sans amateur. L'intervention du tsar permit définitivement de mener l'œuvre à bonne fin.

Puis sont venus, comme d'usage, les discours des présidents des comités et des délégués des gouvernements. C'est M. Lannelongue et M. Dujardin-Beaumetz qui ont parlé au nom de la France, M. de Coler pour l'Allemagne, le Pr Sims pour l'Angleterre, Mikulicz pour l'Autriche-Hongrie, Kocher pour la Suisse, etc. Virchow et Lombroso ont été proclamés présidents d'honneur, au milieu de vifs applaudissements.

Le Pr Virchow a pris ensuite la parole et lu une très belle étude sur l'évolution des sciences biologiques au dix-neuvième siècle. Lauder-Brunton a parlé sur les relations de la physiologie, de la pharmacologie, de la pathologie et de la médecine pratique. M. Lannelongue a prononcé un discours sur la thérapeutique générale des tuberculoses d'ordre chirurgical et spécialement ostéo-articulaires.

Puis les travaux ont commencé dans les diverses sections : nos lecteurs trouveront dans la *Revue* le résumé des plus importantes de ces communications.

Il a été décidé que le XIIIe Congrès international se réunirait à Paris, en 1900, sous la présidence de M. le Pr Lannelongue.

Alcoolisme et folie en Angleterre. — D'après le rapport de 1894 qui vient de paraître pour les cinq grands asiles du comté de Londres (Hanwell, Beanstead, Cane Hill, Claybury, Colney Hatch), 3,122 aliénés ont été admis dans l'année. Dans le nombre, 500 ont été admis pour excès de boissons, soit une proportion de 16 0/0, plus faible que pour les quatre asiles du département de la Seine.

Dans ces cinq asiles il restait au 31 décembre 10,363 aliénés. Depuis 1831, époque de l'ouverture du premier de ces asiles (Hanwell) il a été traité 62,616 malades. Les quatre autre asiles se sont ouverts depuis 1851.

La folie semble beaucoup plus fréquente dans le département de la Seine, qui depuis 30 ans seulement a hospitalisé plus de 100,000 aliénés. On sait qu'ici les progrès de l'alcoolisme depuis vingt ans ont singulièrement contribué à accroître le nombre de nos aliénés, tandis qu'en Angleterre, contrairement à l'opinion reçue, l'alcoolisme est en décroissance.

L'impôt sur le revenu en Prusse. — Le sujet prussien est obligé de déclarer lui-même le revenu brut qu'il a eu pendant les trois dernières années, et les déductions qu'il veut y voir faire. Il faut indiquer en détail les sources de revenu et la nature des déductions, et fixer exactement le montant de chacune d'elles. En outre, il faut déclarer si ces chiffres reposent sur une évaluation ou sur des livres tenus régulièrement.

Nous sommes à même de donner quelques détails sur des questions posées à un médecin auquel l'administration a signifié qu'elle ne pourrait tenir compte de ses déductions que s'il donnait encore des indications sur les points suivants :

On voulait connaître la valeur locative de la salle d'attente et du cabinet de consultation, on désirait savoir si ces locaux étaient habités en dehors des heures de consultation, et notamment si le salon de consultation servait aussi de

bureau de travail. On demandait les heures et la durée des consultations, pour fixer les frais de chauffage et d'éclairage. L'administration désirait apprendre si le service, et particulièrement le nettoyage et le chauffage, se faisait par des domestiques servant en même temps dans le ménage ou engagés uniquement pour cet ouvrage. Relativement aux dépenses pour de nouveaux instruments, il fallait indiquer si ces derniers avaient été achetés pour le remplacement d'autres détériorés par l'usage. Enfin, il fallait détailler les dépenses faites pour chevaux et voitures.

L'exemple que nous venons de citer donnera à nos lecteurs une idée de l'inquisition à laquelle l'impôt sur le revenu expose les contribuables. Aussi, l'enthousiasme qu'on avait eu en Prusse lors de l'introduction de cette forme d'imposition, a-t-il fait place à un désenchantement dans les contrées occidentales de la monarchie.

Laparotomie faite sur un python. (*Bristol medico-chir. Soc.*, juin 1897.) — M. Munro Smith rapporte les détails d'une laparotomie faite sur un python pour obstruction intestinale. L'animal n'avait pas mangé depuis neuf mois et était très maigri. Le 20 novembre 1896 on pratiqua une incision et on trouva l'intestin très gonflé, formant une dilatation sphérique météorisée du volume d'un ballon de football. Comme on ne pouvait trouver ni tumeur ni preuve d'obstruction, on ouvrit l'intestin et il s'en échappa une grande quantité de gaz fétide. La plaie de l'intestin fut suturée avec du catgut et celle de la peau avec du crin. Quelques semaines plus tard, la suture de l'intestin ayant cédé les matières s'échappèrent par l'ouverture. Le 3 janvier l'animal mangea un cobaye et depuis lors l'alimentation se fit régulièrement. La fistule cutanée se ferma et les matières passèrent par le cloaque. La plaie était guérie. La cause de cette obstruction demeura inconnue.

La presse médicale en province. — Nous cueillons l'entrefilet suivant dans un journal du Midi :

« N'ayant pas été invités à assister aux séances du Congrès de neurologie et d'aliénation mentale, nous n'en rendrons point compte.

« Les organisateurs dudit Congrès ont su nous trouver au moment où notre publicité leur a paru utile, mais ils nous ont *oublié* au moment convenu.

« Nous ne voulons pas être juge et partie dans cette petite affaire; aussi nous abstiendrons-nous de juger la conduite de nos confrères, mais nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'elle est légèrement empreinte de muflisme. »

Création de services d'isolement pour les tuberculeux. — Le Conseil municipal a autorisé la création de services d'isolement pour les tuberculeux à l'hôpital Laënnec et à l'hôpital Lariboisière.

La dépense, évaluée à 99,872 fr. 23, constituera le premier prélèvement sur les 6 millions provenant des réserves de l'Assistance publique destinées à être employées dans la lutte contre la tuberculose.

Nécrologie. — M. le Dr Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de la Charité, officier de la Légion d'honneur, à qui ses travaux universellement connus sur l'anatomie du cerveau sur la neurologie en général et en particulier sur l'hypnotisme avaient valu une notoriété considérable même hors du monde médical : mort à Divonne (Suisse). — Le Dr Tholozan, associé national de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, médecin du schah de Perse. Ancien agrégé du Val-de-Grâce, il avait été désigné par le gouvernement français pour remplir auprès de Nasser-Eddin le poste périlleux, au moins aussi diplomatique que médical, que comportent les fonctions de médecin du schah : comblé de présents par le schah dont il avait toute la confiance, il avait demandé à diverses reprises à prendre sa retraite et à rentrer en France ; mais le souverain qui ne pouvait plus se passer de lui s'y était toujours opposé. En 1889, pendant la visite du schah en France, le Dr Tholozan, qui avait fait venir avec lui tous ses bagages en secret, essaya de ne pas retourner en Perse. Un autre médecin militaire fut désigné par le gouvernement français pour le remplacer auprès du schah car il importait de ne pas laisser rompre la tradition qui a voulu jusqu'ici que notre pays fournisse aux souverains de la Perse, leur médecin qui si souvent aussi est leur conseiller politique. Mais le schah ne put se consoler de l'absence de Tholozan; il renvoya au bout de deux ans le médecin qu'on lui avait envoyé, et peut-être en aurait-il demandé un à une nation étrangère, lorsque Tholozan comprenant son devoir repartit à 70 ans reprendre son poste d'où il savait bien qu'il ne reviendrait pas. — M. le Dr Bordes-Pagès, ancien sénateur du département de l'Ariège.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Albarran, Arrou, Binaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipault, Faure, Gangolphe, Guinard, Jaboulay, Legueu, Lubet-Barbon, Lyot, Mauclaire, Morestin, Nimier, Pichevin, Picard, Rieffel, Rollet, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terson, Villar. 10 vol. in-8° de 800 pages chacun, illustrés de figures. Prix de chaque volume : 12 fr. (Paris, J.-B. Baillière et fils.)

Le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le *quatrième volume*, qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé; il est difficile de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés.

Les *maladies chirurgicales des nerfs* (lésions traumatiques, névrites et tumeurs) *et des veines* (lésions traumatiques, varices et phlébite) sont traitées par le Pr agrégé Schwartz, chirurgien de Cochin.

M. P. Delbet s'est chargé des *maladies chirurgicales des artères* (lésions traumatiques, maladies inflammatoires et anévrismes : le chapitre des anévrismes, qui comprend près de 200 pages, est tout particulièrement intéressant.

Les *affections du système lymphatique* ont été étudiées par M. Brodier, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Enfin M. Chipault, assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière, s'est chargé des *maladies du crâne et de l'encéphale, du rachis et de la moelle*. Ces lésions ont été, depuis quelques années, l'objet de nombreuses études qui ont remanié non seulement la thérapeutique, mais encore la symptomatologie. On connaît la compétence toute spéciale de M. Chipault sur ces sujets si neufs, et les 500 pages de ces deux monographies constituent un vrai traité de chirurgie nerveuse.

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve à un haut degré dans ce quatrième volume. Les auteurs ont su échapper à cette tendance si fréquente à supposer connus et à passer sous silence les détails techniques relatifs aux appareils, aux interventions.

En un mot, l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Ecrémage du lait consommé à Paris. — La Société française d'hygiène ayant décidé d'ouvrir une enquête sur la fraude du lait par écrémage, un questionnaire a été adressé aux maires d'un certain nombre de villes de France, et M. Bruhat a été chargé de présenter à ladite Société un rapport mentionnant les résultats de cette enquête, à laquelle ont répondu une quarantaine de municipalités; il est bon de faire remarquer que les municipalités des régions qui envoient à Paris le lait de consommation quotidienne se sont à peu près généralement abtenues de renvoyer le questionnaire qui leur avait été adressé; il est aisé de pressentir les motifs de leur silence; les maires ont certainement plus de tendance à dissimuler les coupables agissements de leurs administrés qu'à protéger la santé des Parisiens.

Nous analysons ci-dessous le rapport de M. Bruhat.

Celui-ci commence par examiner la question de savoir si l'écrémage doit être considéré comme une fraude; dans le principe, les laitiers présentaient cette pratique comme licite et alléguaient, à l'appui de cette thèse, que ce qui constitue la falsification d'une denrée alimentaire quelconque, c'est l'adultération de cette substance par son mélange avec une substance inerte ou de qualité inférieure. Les tribunaux ayant fait bonne justice de cette prétention et considéré comme falsification toute addition ou soustraction frauduleuse ayant pour effet de détériorer la substance mise en vente, les fraudeurs eurent recours à des procédés leur permettant d'arriver impunément au même but; ils imaginèrent alors le *mouillage avant la traite*, c'est-à-dire qu'ils s'ingénièrent à rechercher les moyens d'augmenter la sécrétion lactée de leurs vaches, résultat qu'ils parvinrent à obtenir par le choix de certaines races (de préférence les hollandaises), par la stabulation permanente à l'abri de l'air froid et sec, par une alimentation spéciale et la qualité des aliments, par le choix de la boisson, sa température et la fréquence de son administration.

Les laitiers d'aujourd'hui ne se bornent pas à mouiller ainsi leur lait avant la traite, c'est-à-dire à provoquer la *polylactie artificielle*, mais encore ils écrèment leur lait après la traite. Cette falsification est pratiquée partout en France, principalement dans les régions où l'on fabrique du beurre.

En comptant le lait fourni par les vaches des étables parisiennes, la population parisienne consomme annuellement 209 millions de litres de lait; le lait venant de province arrive de toutes les régions de la France, du moins de celles qui ne sont pas trop éloignées (43 0/0 par l'Ouest, 17 0/0 par le Nord, 15 0/0 par le P.-L.-M., 14 0/0 par l'Est, 10 0/0 par l'Orléans et 1 0/0 par les chemins de fer de l'Etat).

A quelles manipulations soumet-on ce lait apporté chaque jour dans la capitale? D'après le *Moniteur scientifique* (juin 1884), le lait qui arrive le matin des fermes et qui est réuni dans un entrepôt central, est porté dans un mélangeur; il est ensuite turbiné, de manière à retirer 100 grammes de beurre sur 20 litres de lait; le lait ainsi dégraissé n'a plus l'aspect du lait; c'est un liquide légèrement jaunâtre, transparent sur une faible épaisseur et ressemblant au petit-lait; afin de lui rendre l'apparence du lait, on le chauffe au bain-marie.

Depuis quelques années, les laitiers en gros ont un peu modifié leur procédé : après que le lait est arrivé au dépôt, il est passé au mélangeur, comme dans le procédé précédent, mais il est ensuite chauffé à 30°, de manière à rendre la crème plus cohérente, ce qui facilite l'écrémage; on écrème alors à la turbine, puis on met le lait à refroidir. Le lait écrémé est ensuite introduit dans des appareils dits *Pasteurisateurs*, où un courant de vapeur d'eau l'amène à une température de 70°. Cette opération a pour but, non pas de détruire les germes que le lait peut contenir, mais, ainsi que l'indiquait M. Quesneville, dans le *Moniteur scientifique*, de rendre au lait dénaturé l'apparence du bon lait.

Avec l'ancien chauffage au bain-marie, une partie des principes fixes du lait se déposaient

contre les parois des récipients; le chauffage à 70° évite cet inconvénient, tout en produisant les mêmes effets utiles.

Il est bien entendu que les laitiers font beaucoup de bruit autour de la pasteurisation de leur lait, dans le but de donner le change au public et de lui faire croire qu'ils pratiquent cette opération dans son intérêt, afin de lui fournir un lait de meilleure conservation; ils se gardent bien de dire que l'opération est dictée simplement par l'égoïsme et que leur lait serait invendable s'ils le livraient au consommateur sans l'avoir passé au pasteuriseur.

Nous venons de voir le traitement que les laitiers font subir au lait de la traite du matin; le lait pasteurisé et refroidi est mélangé au lait de la traite du soir, qui contribue à relever la richesse du mélange en beurre, et il est ensuite expédié sur la capitale.

Les laitiers étant fort au courant des moyennes et des limites minima exigées par le Laboratoire municipal, il peut arriver qu'après le mélange des deux traites, la richesse en beurre soit insuffisante; alors on l'enrichit avec de la graisse de bœuf.

Inutile d'ajouter que, dans la saison d'été, les laitiers additionnent souvent le lait de bicarbonate ou de borate de soude, ou d'acide borique, ou d'aldéhyde formique, ou de fluorures, ou d'autres substances antiseptiques.

En général, la fraude de l'écrémage est imputable aux grandes compagnies laitières et aux gros propriétaires qui approvisionnent Paris et les villes les plus importantes; elle n'est généralement pas commise par les détaillants, et la chambre syndicale des laitiers-nourrisseurs est la première à protester contre cette pratique dont ses membres sont les premières victimes.

Dans son rapport, M. Bruhat cite un assez grand nombre de villes dans lesquelles les tribunaux ne font aucune difficulté pour considérer l'écrémage comme constituant une fraude punissable et pour prononcer une condamnation contre ceux qui s'en rendent coupables; mais il paraît que dans quelques villes, Nancy, Angers, Montpellier, etc., les parquets se refusent à provoquer des poursuites, et que les magistrats refusent de prononcer aucune condamnation.

(*Répertoire de pharmacie.*)

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale la Faculté de medecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Les théories nouvelles sur la gastrosuccorrhée « ou maladie de Reichmann » et son traitement.

Par le Dr Gaston Lyon,

Ancien Chef de clinique médicale à la Faculté,
Médecin assistant de la Consultation de médecine à l'Hôpital Saint-Antoine.

I

Historique de la Maladie de Reichmann

Parmi les diverses variétés de dyspepsie, s'il en est une qui paraissait bien délimitée, c'est celle que Reichmann a le premier décrite, en 1882, et à laquelle MM. Devic et Bouveret, auteurs d'une intéressante monographie la concernant, ont précisément donné le nom de maladie de Reichmann, pour rendre un juste hommage « au clinicien dont les recherches ont inauguré un nouveau chapitre dans la pathologie de l'estomac, celui des dyspepsies par excès de la sécrétion du suc gastrique ». Cette maladie de Reichmann, dont nul jusqu'ici n'avait songé à contester l'existence, est cependant fortement battue en brèche depuis quelque temps. Considérée, dans sa forme chronique, continue, aussi bien que dans sa forme intermittente, elle paraît devoir être rayée du cadre nosologique, en tant qu'entité morbide distincte, si l'on en croit les auteurs de récents travaux à ce sujet. Disons de suite, avant d'entrer dans le détail des faits, qu'ils paraissent devoir être pris en très sérieuse considération, car ils s'appuient sur des preuves d'ordre anatomo-pathologique et d'ordre expérimental ou plutôt chirurgical.

Ces travaux auxquels nous faisons allusion, tendent à prouver que la gastrosuccorrhée n'est pas un simple trouble de sécrétion symptomatique d'une « névrose de l'estomac », mais qu'elle est la résultante d'une sténose pylorique ou sous-pylorique, cette sténose étant due à une cicatrice d'ulcère ou pouvant être la conséquence d'un spasme permanent, d'une contracture de l'anneau pylorique.

Avant que d'exposer les arguments qui militent en faveur de cette opinion et d'en tirer les conséquences pratiques qui en découlent, il nous paraît nécessaire de remonter à l'origine et de rappeler quelles explications on a donné jusqu'ici des causes de la gastrosuc-

corrhée. C'est en 1882 (*Berliner klinische Wochenschrift*, octobre) que Reichmann publia la première observation d'hypersécrétion continue. Il avait constaté que chez un malade l'estomac continuait à sécréter, à jeun, un suc actif, contenant de la pepsine et de l'acide chlorhydrique. L'estomac avait été lavé la veille au soir jusqu'à expulsion complète des débris de la digestion, de telle sorte qu'on ne pouvait attribuer à l'excitation produite par les ingesta sur la muqueuse stomacale le suc retiré à l'état de jeûne. Deux ans plus tard, Reichmann publiait dans le même recueil une observation analogue de tous points à la première. L'attention étant appelée sur ces faits, de nouvelles observations surgirent dues à Schülz (*Prager medicinische Wochenschrift*, 1885), à von den Velden (*Volkmann's Sammlung*, 1886), à Sticker (*Munchener medicinische Wochenschrift*, 1886), à Gluzinski et Jaworski (*Wiener medicinische Presse*, 1886), à Riegel (*Zeitschrift für Klinische Medicin*, 1886). Ces derniers auteurs montrèrent que l'hypersécrétion gastrique est loin d'être rare. D'autre part, sous diverses rubriques (vomissements périodiques, Leyden; gastroxynsis, Rossbach; gastroxie, Lépine; vomitus hyperacidus, Rosenthal) on avait publié des observations de crises douloureuses accompagnées de vomissements très abondants, le plus souvent hyperacides, survenant brusquement pour disparaître de même; malgré des différences, plus apparentes que réelles, ces différents faits correspondent à un seul et même type morbide et représentaient la forme aiguë, intermittente de la maladie de Reichmann. En 1887, Reichmann distingua effectivement deux formes de gastrosuccorrhée, l'une périodique, l'autre chronique.

Dans la forme périodique il fit entrer les vomissements hystériques qui se produisent à jeun, les crises gastriques du tabes, les vomissements périodiques de Leyden, la gastroxynsis de Rossbach, et supposa que cette forme aiguë de la sécrétion était due à une excitation des nerfs sécréteurs, liée ou non à une maladie des centres nerveux. Quant à la forme chronique il crut devoir l'attribuer à des altérations graves et profondes de la muqueuse stomacale. Reichmann lui-même considérait donc le trouble morbide isolé par lui, non comme une entité morbide distincte, mais comme un symptôme pouvant se manifester dans des circonstances variables, tantôt d'une façon passagère, tantôt d'une façon continue, relevant tantôt d'un trouble de l'innervation sécrétoire liée à une affection des centres ou à une excitation périphérique, tantôt de la gastrite. Bouveret et Devic ont outrepassé la pensée de Reichmann en faisant de la gastrosuccorrhée une maladie distincte; d'autre part, s'ils ont admis l'existence d'altérations glandulaires, ils les ont considérées comme secondaires, comme étant dues à l'excès de fonctionnement des glandes sécrétoires; ils ne leur ont nullement attribué le rôle essentiel dans la pathogénie de l'hypersécrétion.

En France, les divers travaux qui viennent d'être cités attirèrent l'attention du Pr Germain Sée et de ses élèves Durand-Fardel, Mathieu, Lyon qui les vulgarisèrent et apportèrent leur tribut d'observations nouvelles.

En 1892 parut l'importante monographie de Bouveret et Devic intitulée : *La dyspepsie par hypersécrétion gastrique, maladie de Reichmann*. Ces auteurs, à l'exemple de Reichmann, distinguaient deux formes : l'une intermittente, l'autre continue.

L'hypersécrétion intermittente pourrait être observée dans le cours de certaines affections organiques des centres nerveux, la paralysie générale, la sclérose multiloculaire et surtout l'ataxie locomotrice, ou bien constituer une manifestation d'une névrose comme l'hystérie, survenir chez les jeunes gens à tempérament nerveux, à la suite d'un excès de travail intellectuel ou d'une forte émotion morale. Enfin il y aurait des cas d'hypersécrétion intermittente dans lesquels l'excitation anormale de l'appareil sécréteur existerait

à l'état d'affection protopathique, constituerait toute la maladie et devrait être considérée comme la cause de tous les autres symptômes du paroxysme.

Entre cette forme et la forme permanente existeraient des cas de transition et souvent dans les antécédents des malades atteints de la forme chronique ou permanente, on y retrouverait souvent, du moins au début, une allure périodique, où mieux intermittente, des principaux symptômes.

Voici, d'après Bouveret et Devic, le tableau résumé de la forme intermittente de la maladie de Reichmann :

Pendant les périodes d'accalmie, le patient peut passer pour un homme bien portant ; les troubles gastriques, en particulier, font défaut, et l'exploration avec la sonde, le matin à jeun, avec ou sans lavage la veille, montre que l'estomac est vide et cesse de sécréter hors la période digestive.

Cependant il y a des cas dans lesquel pendant la période intercalaire on peut constater une hyperchlorhydrie latente ou manifeste ; le malade peut ne pas souffrir, mais l'examen du suc gastrique, retiré après le repas d'épreuve, montre que le liquide gastrique contient une proportion d'acide chlorhydrique.

D'autre part, ainsi qu'il a été dit précédemment, certains faits établissent une sorte de transition entre les deux formes intermittente et permanente, de la maladie de Reichmann ; les accès, dans ces cas, sont plus fréquents, parfois subintrants, et l'on trouve souvent dans l'estomac, même à distance des accès, un suc gastrique actif. Mais on ne saurait dire que la forme intermittente de l'hypersécrétion aboutit toujours à la forme permanente ; Bouveret relate l'observation d'un malade qui, pendant trente ans, n'a jamais eu que des accès séparés par de très longs intervalles de complète accalmie.

Les périodes d'accalmie sont séparées par des accès dont la fréquence est variable, d'autant plus rapprochés que la maladie est plus ancienne. Ces accès se reproduisent tantôt tous les mois, tantôt tous les huit ou dix jours, d'autres fois beaucoup plus rarement, une ou deux fois par an. Quant à la durée de chaque accès elle est également variable, d'un ou deux jours à quelques semaines, avec des rémissions.

Les accès débutent par des nausées, du pyrosis, puis les vomissements surviennent, d'un liquide incolore d'abord, puis plus tard coloré en jaune ou en vert ; ce liquide contient les éléments du suc gastrique et digère l'albumine cuite ; son acidité varie de 1,5 à 3 ou 3,5 0/00, elle n'est pas toujours supérieure à la normale ; elle est due en presque totalité à l'acide chlorhydrique. Les vomissements sont spontanés ou provoqués par les ingesta ; parfois l'intolérance de l'estomac est absolue.

Les matières vomies sont plus abondantes que les boissons ingérées ; un malade de Bouveret estimait à deux litres la quantité du liquide vomi dans un accès de dix-huit à vingt heures et il n'avait pris que quelques rares gorgées d'eau fraîche. La douleur est plus ou moins intense, elle consiste à des sensations de chaleur, de brûlure, de serrement ; elle a son maximum à l'épigastre et s'irradie dans le dos et les derniers espaces intercostaux.

L'anorexie est complète et la soif vive ; l'urine diminue et le chiffre des chlorures peut tomber très bas, à moins d'un gramme en vingt-quatre heures.

Le malade est pâle, brisé, sans force ; il se plaint de mal de tête,

L'accès prend fin plus ou moins brusquement, et après un repos réparateur, le malade cesse de souffrir et de vomir, il recouvre l'appétit et reprend des forces.

Abstraction faite des cas où l'accès qui vient d'être décrit survient chez un tabétique ou un hystérique, l'étiologie reste obscure ; les causes paraissent être les mêmes que celles de l'hyperchlorhydrie.

Quant au traitement, il est nul. Non seulement on ne peut enrayer un accès, mais encore il est bien difficile d'en prévenir le retour.

On a préconisé l'atropine, comme un moyen capable d'enrayer l'hypersécrétion, mais l'atropine, soit en injection sous-cutanée, soit absorbée par la bouche, n'a pas donné les résultats qu'on en avait espérés. On doit se borner à calmer les symptômes les plus pénibles. Le repos et une diète absolue sont de rigueur ; on trompe la soif en faisant avaler quelques fragments de glace et l'on donne quelques lavements désaltérants. Il faut mettre en garde les malades contre l'usage des boissons, quelle qu'en soit la nature, car elles ont pour effet d'augmenter la fréquence des vomissements.

Dans la forme permanente de la maladie de Reichmann, les périodes d'accalmie complète font défaut. Cette forme est loin d'être rare, au dire de Bouveret et Devic ; suivant eux, la plupart des dyspeptiques amaigris, presque cachectiques, dont l'estomac est dilaté, qui souffrent et vomissent très souvent, en sont atteints : on diagnostique à tort, suivant les cas, une dilatation, un cancer, la gastralgie.

Cette « maladie » est l'apanage des sujets adultes, de 40 à 50 ans, et se rencontre beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme ; elle paraît atteindre de préférence les sujets qui se surmènent, aussi bien physiquement qu'intellectuellement, et ceux qui, avec ou sans surmenage, se livrent à des excès de table et de boisson, mangent vite, mastiquent imparfaitement les aliments, etc. Il faut tenir grand compte dans l'étiologie des causes morales (émotions, chagrins, préoccupations). Ces différentes causes sont en somme les mêmes que celles qui sont relevées chez les hyperchlorhydriques.

Le malade qui est atteint de la forme permanente de l'hypersécrétion est amaigri et pâle. Au début de son affection, il a d'abord peu souffert, puis la période digestive a été marquée par des douleurs vives, survenant quelques heures après le repas et accompagnées de régurgitations acides, puis il a commencé à vomir un liquide âcre, acide ; les rémissions se sont faites de plus en plus rares ; l'état général a décliné et la maladie s'est constituée.

Malgré les souffrances presque continuelles, l'appétit est le plus souvent conservé, mais les malades redoutent de le satisfaire ; la soif est habituellement très vive. La langue est nette.

La matinée est la partie de la journée où le malade a le plus de répit ; cependant, il se réveille fatigué, accuse de la lassitude. C'est dans l'après-midi, vers trois ou quatre heures, qu'éclate la première grande crise douloureuse avec vomissement. Un second accès survient aussi d'habitude au milieu de la nuit ; cet accès nocturne est le plus constant et, par suite, le plus caractéristique.

Si l'on a eu soin de laver l'estomac le soir et si l'on fait l'extraction du contenu de l'estomac le matin à jeun, on retire une quantité de liquide variant de 100 à 500 centimètres cubes et même davantage ; ce liquide est du suc gastrique, mélangé de mucus. Si l'on a négligé le lavage du soir, ce n'est plus un liquide à peu près clair que l'on retire, mais une bouillie grise verdâtre, mêlée de nombreux débris alimentaires. Enfin, après le repas d'épreuve, on obtient une bouillie très acide, sans odeur désagréable, et le liquide, filtré, contient une forte proportion d'acide chlorhydrique libre ; il y a tou-

tefois des cas d'hypersécrétion sans hyperchlorhydrie. En somme, ces diverses explorations montrent que l'estomac est atteint de rétention, qu'il sécrète à jeun et que l'hypersécrétion s'accompagne habituellement d'hyperchlorhydrie.

L'examen de l'abdomen révèle une dilatation de l'estomac, parfois considérable. Elle provoque des douleurs, particulièrement au niveau de la région pylorique. La palpation, dit Bouveret, fait parfois découvrir des indurations, cicatrices d'anciens ulcères.

Les fonctions de l'intestin ne sont jamais normales; la constipation est habituelle et très souvent le malade expulse des glaires et des muco-membranes. La sécrétion urinaire est notablement diminuée et l'abaissement du chiffre des chlorures est parfois considérable. Les complications que l'on observe sont l'hémorragie, l'ulcère, la tétanie, les vomissements incoercibles. Bouveret pense qu'il peut y avoir hémorragie (par suite de la congestion de la muqueuse), sans ulcère rond.

Les troubles de la nutrition sont caractérisés par l'amaigrissement, l'aspect cachectique, la sécheresse des téguments. Le pouls est généralement petit et faible, il est assez fréquemment ralenti (Riegel).

En ce qui concerne les rapports de l'hypersécrétion continue avec l'ulcère, Bouveret constate l'extrême fréquence de l'une et l'autre affection et pense que la maladie de Reichmann aboutit à peu près inévitablement à l'ulcère. Sur dix observations recueillies par M. Devic et par lui cinq fois (chez cinq malades différents) des hématémèses abondantes sont signalées. Sur 32 cas d'Honigmann 13 fois l'existence de l'ulcère était bien établie par de fortes hématémèses, 6 fois elle était probable, 11 fois seulement elle pouvait être à peu près sûrement écartée.

Bouveret admet que l'ulcère aggrave le pronostic et que d'autre part la continuité de la sécrétion rend la cicatrisation plus difficile et plus lente; toutefois cette cicatrisation est possible, car plusieurs malades, après avoir eu de fortes hémorragies, ont cessé depuis de longues années d'avoir des hématémèses et l'on constate fréquemment, ainsi qu'il a été dit, des indurations diffuses, parfois accompagnées de péritonite chronique localisée, au niveau du pylore. Ces indurations sont des cicatrices d'anciens ulcères.

Bouveret et Devic, dans le chapitre consacré au diagnostic, distinguent d'abord l'hypersécrétion de l'ulcère, puis du rétrécissement cicatriciel du pylore. « Cette affection, disent-ils, produit aussi de vives douleurs et des vomissements fréquents et abondants, elle a donc les deux principaux symptômes de l'hypersécrétion. » Sans doute, il faut soigneusement pratiquer la palpation de la région pylorique. Si l'on constate très nettement une induration, circonscrite ou diffuse, c'est la sténose qui est en cause. Mais il arrive ordinairement que le résultat de cette exploration est négatif ou douteux, car une cicatrice peut être assez petite pour échapper à la palpation et assez développée cependant pour rétrécir l'orifice du pylore. Quand la cicatrice procède d'un ulcère, ce qui est le cas habituel, le diagnostic est très délicat. « C'est même une des questions les plus embarrassantes que présente la clinique des maladies de l'estomac. En effet, l'analogie est parfois poussée très loin entre les symptômes d'une telle sténose cicatricielle et ceux d'un accès d'intolérance gastrique compliquant l'hypersécrétion permanente. » Bouveret donne deux signes différentiels : le premier est la présence d'une notable quantité de bile dans les vomissements des hypersécréteurs, le second est tiré de la marche des symptômes et des résultats du traitement, les symptômes de l'hypersécrétion pouvant s'amender notablement sous l'influence d'un traitement approprié, ceux de la sténose cicatricielle persistant au contraire et s'aggravant, en dépit du traitement médical. En ce qui concerne le

reflux de la bile dans l'estomac, ce signe n'a pas la valeur que lui attribue Bouveret; en effet, l'oblitération du pylore n'étant jamais tout à fait complète, rien ne s'oppose absolument à ce reflux, dans le cas de sténose cicatricielle; d'autre part, Bouveret ne parle pas des sténoses sous-pyloriques, qui peuvent entraîner les mêmes symptômes et dans lesquelles le reflux de la bile est évidemment possible. En somme, Bouveret est très embarrassé pour trouver des éléments précis de diagnostic entre l'hypersécrétion et la sténose et, comme nous le verrons ultérieurement, cet embarras s'explique, car en réalité l'hypersécrétion permanente doit rentrer dans le cadre des sténoses.

L'hypersécrétion permanente, si grave par les symptômes pénibles qu'elle détermine, par sa durée, par son incurabilité est-elle une simple névrose gastrique, un simple trouble fonctionnel, ou bien repose-t-elle sur un substratum anatomique? Bouveret admet la gastrite mais comme manifestation secondaire, comme une lésion engendrée par l'excès de fonctionnement des glandes; dans les cas très anciens cette gastrite aboutirait à l'atrophie de la muqueuse, ce qu'indique l'analyse des liquides gastriques qui ne contiennent plus que des traces de pepsine et d'acide chlorhydrique. Reichmann est plus catégorique sur l'existence de la gastrite, dans l'hypersécrétion permanente; Gluzinski et Jaworski veulent en faire un type anatomique spécial qu'ils appellent catarrhe acide et s'appuient, pour en admettre l'existence, sur la présence dans le liquide retiré de l'estomac de noyaux plus ou moins déformés provenant de l'épithélium et des globules blancs.

Dans quatre autopsies (*Deutsches Archiv für Klinische Medicin*, 1891) Korczinsky et Jaworski ont trouvé les lésions suivantes : abondantes infiltrations de petites cellules sous l'épithélium de revêtement, ainsi que dans les espaces interglandulaires et jusque sous la sous-muqueuse; ils insistent sur ce fait que dans les glandes les cellules principales ont dégénéré ou disparu, tandis que les cellules de revêtement sont entièrement conservées, même hyperplasiées avec intégrité parfaite du noyau et du protoplasma, ce qui va très bien avec l'opinion reçue que les cellules de revêtement sécrètent l'élément acide du suc gastrique. Ultérieurement, supposent-ils, ce stade d'hyperplasie est suivi d'un stade de dégénérescence; d'autre part, l'infiltration intestinale s'étend de plus en plus et finit par entraîner l'atrophie des glandes. Ainsi s'expliquerait l'incurabilité absolue de la maladie, parvenue à un degré avancé de son évolution et aussi ce fait, que le liquide hypersécrété ne présente pas toujours les caractères chimiques de l'hyperchlorhydrie.

Les lésions entrevues par Korczinski et Jaworski ont été plus tard minutieusement décrites par le Pr Hayem sous le nom de gastrite parenchymateuse hyperpeptique. Bouveret (*Traité des maladies de l'estomac*, p. 210, 1893) ne relate qu'une seule autopsie personnelle et signale très brièvement les lésions rencontrées par le rétrécissement marqué de la muqueuse, forte congestion avec quelques points hémorragiques.

Von den Velden est également partisan de l'existence de lésions gastriques, en certains cas tout au moins; d'ailleurs il se sépare des autres auteurs, en refusant d'admettre l'hypersécrétion, en tant qu'espèce distincte, dans la nosologie de l'estomac. C'est d'après lui un épisode, une complication pouvant survenir au cours d'un certain nombre d'affections gastriques telles que l'atonie, la dilatation, le catarrhe et l'ulcère. Bouveret et Devic, eux-mêmes, dans leur monographie (p. 245) ne contestent pas que l'hypersécrétion peut être secondaire dans quelques cas, qu'elle peut être liée à une affection primitive de l'estomac. Enfin Stiller, Rosenthal, d'autres encore sont partisans de l'origine nerveuse exclusive de l'hypersécrétion; ils la considèrent comme un simple trouble fonctionnel des nerfs sécréteurs de l'estomac.

Tel était l'état de la question, il y a quatre ou cinq ans : tous les auteurs qui depuis Reichmann avaient étudié l'hypersécrétion, admettaient, à son exemple, deux types bien distincts : une forme aiguë ou intermittente et une forme permanente ; la première pouvant être la manifestation d'une affection du système nerveux central (tabes) ou d'une névrose (hystérie, neurasthénie) ou bien pouvant traduire l'excitation primitive des nerfs sécréteurs de l'estomac soit sous l'influence d'une alimentation défectueuse, soit sous l'influence de causes morales ; la seconde, reconnaissant les mêmes causes que l'hyperchlorhydrie, c'est-à-dire ici encore, les causes d'ordre alimentaire et les états émotionnels intenses ou prolongés, le surmenage.

Les divergences ne commençaient à se dessiner que quand il s'agissait de déterminer si la seconde forme, la forme permanente, pouvait rester indéfiniment à l'état de trouble fonctionnel, ou bien si elle n'entraînait pas à la longue des lésions de l'estomac. La plupart des auteurs penchaient vers cette opinion. L'hypothèse d'une altération primitive de la muqueuse gastrique susceptible d'expliquer l'hypersécrétion, était bien mise en avant par quelques-uns, mais repoussée par la majorité. Il faut bien avouer que ni les uns ni les autres n'apportaient d'arguments décisifs en faveur de leurs opinions, les autopsies convaincantes faisant défaut. C'est sur des présomptions et non sur des faits qu'on tablait pour défendre telle ou telle opinion. Bouveret et Devic, d'ailleurs, invoquaient des arguments fort séduisants pour essayer de démontrer que le trouble fonctionnel est le premier en date et que les lésions de l'estomac ne sont que secondaires. « Les exemples ne manquent pas, disent-ils, de processus pathologiques qui commencent par un trouble de la fonction et finissent par une lésion de l'organe. L'asthme est d'abord une névrose, et il aboutit au catarrhe et à l'emphysème. La tachycardie de Basedow peut apparaître rapidement à la suite d'une forte émotion morale. A coup sûr, cette accélération des battements du cœur ne procède pas d'une lésion du cœur lui-même. Cependant la fatigue du cœur en produit l'affaiblissement et la dilatation. A son tour l'affaiblissement du cœur peut engendrer les hydropisies et les stases veineuses dans les viscères. Il n'est pas très rare que les formes graves de la maladie de Basedow finissent par l'asystolie. » (*La dyspepsie par hypersécrétion gastrique, maladie de Reichmann*, p. 249.) D'abord hypersécrétion par excès de fonctionnement glandulaire, puis congestion de la muqueuse, enfin gastrite et parfois ulcère ; d'autre part, spasme du pylore provoqué par le contact d'un suc gastrique hyperacide et dilatation consécutive de l'estomac étaient, d'après Bouveret et Devic et la plupart des auteurs à leur suite, les diverses étapes évolutives de l'hypersécrétion.

Le traitement de l'aveu des divers auteurs est impuissant à enrayer les progrès de l'hypersécrétion.

On a recommandé, en premier lieu, de supprimer toutes les causes d'excitation cérébrale, toutes les causes d'excitation de l'estomac d'ordre alimentaire, mais ce traitement négatif est insuffisant. Pour tarir l'hypersécrétion on a conseillé l'usage de l'atropine (Voinovitch, Forlanini), les lavages de l'estomac avec une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 0/00 (Reichmann), sans obtenir de résultats. Le repos prolongé, le régime lacté, la viande pulpée, les œufs constituent la base du traitement qu'on prescrit habituellement. Quant aux lavages répétés de l'estomac, destinés à remédier à la rétention gastrique, ce sont des moyens palliatifs, nécessaires, mais n'ayant pas d'autre résultat que de calmer momentanément les douleurs et de supprimer ou de modérer les vomissements ; encore faut-il ne pas en abuser, ni imiter l'exemple d'Honigmann, dont un malade a subi plus de

1,200 lavages! Les alcalins à haute dose, utiles dans l'hyperchlorhydrie, comme moyen de calmer les douleurs, n'ont pas cette action calmante dans l'hypersécrétion.

Le tableau de l'hypersécrétion qui vient d'être tracé était considéré comme rigoureusement exact par la généralité des praticiens jusqu'à une époque toute récente; il n'en est plus de même aujourd'hui.

Les interventions pratiquées dans certains cas d'hypersécrétion, à l'effet de remédier aux conséquences si fâcheuses de la rétention gastrique, ont donné des résultats inattendus : elles ont permis de constater que cette prétendue névrose sécrétoire n'est en réalité que la conséquence d'une lésion bien définie, une sténose cicatricielle du pylore.

(*A suivre.*)

De la néphropexie.

(Description d'un nouveau procédé opératoire.)

Par M. Jonnesco,

Professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

(Communication au Congrès de Moscou : Section de chirurgie.)

La néphropexie, comme toutes les opérations plastiques, a rencontré beaucoup de détracteurs et autant d'admirateurs.

La réserve des uns s'explique par le mauvais choix des cas, et souvent par le procédé opératoire employé qui laissait à désirer, surtout dans une opération qui doit être absolument bénigne et parfaitement curative pour en légitimer l'emploi.

L'emballement des autres doit tenir au choix plus judicieux des indications opératoires et surtout à des modifications de technique qui leur a permis d'avoir des résultats thérapeutiques meilleurs.

C'est dire que deux conditions importantes doivent être réalisées pour que la néphropexie puisse donner les résultats thérapeutiques satisfaisants :

1° Le choix des indications opératoires;

2° Le procédé opératoire qui réponde au triple *desideratum:*

a) La bénignité absolue;

b) Assurer la fixation définitive du rein dans une bonne position;

c) Altérer le moins possible le tissu rénal.

I. — L'indication opératoire capitale peut se résumer en deux mots : il faut s'assurer que les troubles accusés sont dus à la ptose rénale ou que celle-ci contribue pour une large part dans leur manifestation. Ces troubles peuvent être généraux, de voisinage ou locaux. Parmi les premiers, je signalerai surtout les phénomènes nerveux. Convaincu que le plus souvent il y a une relation étroite de cause à effet entre ces phénomènes névropathiques et la ptose rénale, tout au moins en exagérant l'état nerveux déjà existant, je

n'hésite pas à proposer la néphropexie dans ces cas et cela contre l'avis de beaucoup de chirurgiens; j'ai obtenu en effet d'excellents résultats dans de pareils cas où, à la suite d'une bonne fixation du ou des reins ectopiés, les phénomènes nerveux se sont considérablement amendés et ont même disparu.

Les accidents urémiques à forme gastro-intestinale, avec des vomissements incoercibles souvent, forment une indication importante, car j'ai vu, ainsi que d'autres chirurgiens (Picqué), cesser tous les troubles à la suite de la fixation du rein.

Les troubles dus à des compressions de vosinage, l'ictère par exemple par compression du canal hépatique (Hale White) légitiment une intervention dont le résultat thérapeutique sera excellent.

Les douleurs locales, continues ou intermittentes, l'hydronéphrose intermittente, la pyonéphrose, quand elles reconnaissent pour cause immédiate la mobilité rénale, constituent des indications indiscutables d'une néphropexie hâtive.

Dans tous ces cas, la néphropexie est indiquée et elle sera certainement efficace, mais à une seule condition : d'être double alors que les deux reins présentent une mobilité souvent inégale, plus accentuée d'un côté. C'est pour avoir négligé cette indication que l'opération a paru souvent sans résultat. On s'est adressé en effet au rein plus mobile ou totalement ectopié et on a négligé le rein opposé dont le déplacement paraissait moindre, mais qui était en réalité suffisant pour faire persister les troubles antérieurs. Il ne faut pas trop s'intéresser au degré de mobilité; j'ai observé des cas où un rein à peine mobilisable était la cause réelle de troubles sérieux. Aussi, conduit par cette indication, j'ai pu guérir deux malades avec une double néphropexie. Après la fixation du rein droit le plus appréciablement mobile, les phénomènes nerveux et les douleurs continuant, j'ai pratiqué la fixation du rein gauche et ce n'est qu'après cette seconde intervention que mes malades ont parfaitement et définitivement guéri.

Comme contre indication, je n'en vois qu'une : la néphroentéroptose, cette chute générale des viscères réclamant plutôt un traitement orthopédique qu'une intervention opératoire qui sera presque toujours inefficace, donc inutile.

II. — L'indication opératoire bien posée, il s'agit de faire le choix d'un procédé opératoire qui réponde aux trois conditions essentielles : la bénignité, l'efficacité, c'est-à-dire la fixation permanente et définitive du rein dans une bonne position, permettant l'écoulement facile de l'urine et la conservation de l'intégrité du parenchyme rénal. Or, de tous les procédés connus, aucun ne remplit ces trois conditions.

En effet, sans parler de la néphropexie transpéritonéale, opération de nécessité, les divers procédés de néphropexie translombaire peuvent se résumer ainsi :

a) La néphropexie par la suture de la capsule adipeuse du rein aux bords de la plaie, imaginée par Hahn en 1881 et appliquée par Robert Weir (de New-York) en 1883, Agnew Hayes (de Philadelphie) en 1885 et Turgard en 1887, a été vite abandonnée à cause de la récidive inévitable;

b) Le procédé par la suture de la capsule adipeuse et de la capsule fibreuse propre du rein, imaginée par Hahn et exécutée par beaucoup de chirurgiens (Ceccherelli, Paolo, Kümmell, Richardson, Gilmore, etc.), n'a pas eu plus de succès à cause des fréquentes récidives auxquelles il donne lieu;

c) La néphropexie par suture de la capsule adipeuse et du rein lui-même, imaginée par Bassini, exécutée par Delhaes, Kuster, Swenson, Lauenstein, Gardner, Newman,

Paoli, Willcox (de Buffalo), Morris, Duret, etc., quoique plus efficace, ne déterminait pas des adhérences suffisantes et les récidives fréquentes l'ont fait abandonner. Reste

d) La néphropexie par fixation du rein seul, après résection ou simple éloignement de sa capsule adipeuse, celle-ci étant sans les procédés précédents la véritable cause de l'inefficacité de l'opération, par son opposition à la formation des adhérences solides.

Ce procédé se fait de deux manières :

a) Avec décortication du rein par sa capsule propre;

b) Sans décortication.

Au dernier procédé imaginé par Guyon en 1888 et modifié par lui-même en 1891 et par son élève Albarran en 1895, on peut objecter la faiblesse des adhérences qui se forment entre le rein non décortiqué et les parois de la plaie, d'où récidives assez fréquentes.

Le procédé avec décortication imaginé par Lloyd en 1887 et vulgarisé par les études expérimentales de Tuffier en 1889 a obvié à cet inconvénient. Employé avec succès dans tous les pays, ce procédé à en effet l'avantage de donner lieu à des adhérences solides, fait bien mis en évidence par les expériences de Tuffier, Delagenière, Albarran, etc.

Avec ou sans décortication, le procédé de Guyon et ses dérivés présentent deux grands inconvénients : la position donnée au rein fixé et le mode de fixation de l'organe, c'est-à-dire la suture. En effet, dans le procédé Guyon-Tuffier et ses dérivés, le rein n'est pas fixé dans toute l'étendue de son bord externe; son extrémité inférieure seule est fixée, tandis que la supérieure est poussée sous les côtes, cherchant ainsi à remettre l'organe dans une situation s'approchant de la normale. Or, à ce fait est due la luxation fréquente de l'extrémité supérieure du rein avec toutes ses conséquences, due à la strangulation rénale consécutive. De plus un seul des trois fils transrénaux passe par le périoste de la 12e côte, les deux autres ne passent que par des tissus mous, ce qui diminue la chance d'une fixité parfaite.

Les sutures sont faites soit avec le catgut, soit au fil de soie. Ces fils sont permanents. Or, dans les deux cas, il y a des inconvénients importants.

Le catgut peut être souvent septique (Lauenstein, *Congrès des chirurgiens allemands*, 1896); de plus, il peut se résorber trop vite et on ne peut pas être sûr qu'il n'a pas disparu avant que ne se produisent les adhérences cherchées.

Le fil de soie a des défauts plus grands :

a) Malgré l'asepsie la plus parfaite, il y a des cas de suppuration, soit immédiate, soit tardive, sur le trajet des fils, ce qui détermine la formation de collections purulentes et de fistules qui ne disparaissent qu'avec l'élimination du fil. Albarran cite sept cas de ce genre;

b) Le fil de soie permanent provoque quelquefois par sa présence des douleurs intolérables. Tel est le cas de Guyon, qui a dû intervenir sur une malade opérée par Pozzi pour lui enlever un fil profond, cause de ses douleurs;

c) Enfin, la permanence du fil de soie provoque autour de lui et plus ou moins loin dans le parenchyme un tissu de sclérose qui altère le tissu rénal. Les recherches de Delagenière, Zatti, Albarran et les miennes ont prouvé ce fait.

Je ne ferai que mentionner les procédés moins employés qui cherchent à déterminer un tissu de cicatrice puissant par une réunion par seconde intention : tel le procédé de Riedel et l'exonéphropexie de Jaboulay. Il en est de même du procédé de Poullet (de

Lyon), qui, pour éviter les inconvénients des fils permanents, fixe le rein à l'aide de tendons pris du muscle long dorsal.

Depuis 1895 j'ai pratiqué quatorze fois la néphropexie. Dans mes deux premiers cas j'ai employé les procédés Guyon-Tuffier combinés, c'est-à-dire avec décortication, mais en modifiant la façon de passer les fils doubles. En effet, tandis que Guyon passe un seul chef du fait double à travers le tissu musculaire, laissant l'autre chef entre les lèvres de la plaie, moi j'ai passé les deux chefs à travers la masse musculaire, où je les nouai, cherchant ainsi à donner au fil une direction aussi horizontale que possible par rapport au rein, pour éviter de cette façon la section du parenchyme rénal.

Mais dès mon troisième cas, convaincu des inconvénients déjà indiqués de ce procédé, j'en ai employé un nouveau auquel j'ai eu recours douze fois avec un parfait succès.

Par ce nouveau procédé j'ai cherché les points suivants :

a) Fixer le rein dans toute l'étendue de son bord externe, en lui donnant une position telle que l'écoulement de l'urine se fasse facilement.

b) Pour que les adhérences une fois formées ne se relâchent pas, et par conséquent que la récidive puisse être évitée, passer les trois fils transrénaux à travers le périoste de la 12e côte, si celle-ci est longue, à travers celui de la 12e et de la 11e si la première est courte.

c) Les fils de suspension transrénaux ne restent dans les tissus que le temps nécessaire pour la formation des adhérences solides entre le rein, la côte et les lèvres de la plaie.

MANUEL OPÉRATOIRE

Premier temps. — Incision cutanée. — Dans mes trois premiers cas, j'ai fait l'incision verticale partant au-dessus de la 12e côte et finissant au niveau de la crête iliaque en suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire. Dans les neuf derniers cas j'ai fait une incision oblique partant du bord externe de la masse sacro-lombaire et suivant une étendue de 10 à 20 centimètres le bord inférieur de la 12e côte quand celle-ci est longue, de la 12e puis de la 11e côte quand la première est courte.

Après l'incision de la peau et du tissu sous-cutané, on écarte la masse sacro-lombaire en dedans et on tombe sur le bord externe du carré des lombes quand l'incision est verticale; quand elle est oblique, ce bord reste caché sous la masse sacro-lombaire. Quelle que soit l'incision, on trouve dans la profondeur le nerf abdomino-génital, qu'on écarte ou qu'on sectionne suivant qu'il gêne ou pas l'opérateur. Ensuite on découvre la 12e côte dans toute son étendue et même une partie de la 11e quand la première est courte. On incise ensuite l'aponévrose du transverse et on procède à la recherche du rein, qu'un aide maintient dans la plaie, et, après avoir réséqué une grande partie de sa capsule graisseuse, on le décortique de sa capsule fibreuse. Alors commence le deuxième temps opératoire.

Deuxième temps. — Passage des fils. — Après avoir décortiqué le rein sur toute l'étendue de son bord externe, les lèvres de la capsule fibreuse sont repliées, découvrant ainsi une petite portion des faces de l'organe; ensuite on fait un pli des lèvres de la capsule sur les deux faces antérieure et postérieure du rein, au niveau où passeront les fils à travers le parenchyme rénal, c'est-à-dire à 1 centimètre et demi du bord externe.

Avec une grande aiguille courbe, l'aiguille de Emmet, armée d'un fil double de soie tressée n° 10 ou 12, on traverse successivement la peau, les muscles de la masse sacro-

lombaire, l'aponévrose profonde, la capsule fibreuse plicaturée sur la face postérieure du rein, le parenchyme rénal, la capsule plicaturée sur la face antérieure du rein, puis à travers le périoste de la 12e ou 11e côte, sur sa face externe, les muscles et la peau de la lèvre externe ou supérieure de la plaie à 3 centimètres du bord libre de la plaie. On sectionne l'anse du fil, on retire l'aiguille, et de cette manière on a passé le premier fil suspenseur ou sangle qui suspend l'extrémité supérieure du rein.

De la même manière on passe un second fil placé à 3 ou 4 centimètres au-dessous du premier, c'est-à-dire au milieu du bord du rein et un troisième qui traverse l'extrémité inférieure de l'organe. Tous ces fils passent par le périoste de la 12e côte. Si celle-ci est courte, un seul ou deux des fils traversent son périoste, tandis que le troisième ou même les deux derniers passent à travers le périoste de la 11e côte.

Troisième temps. — Ligature des fils. — Deux rouleaux de gaze stérilisée, longs de 8 à 10 centimètres, sont placés entre les extrémités des fils doubles; ceux-ci sont noués de façon que le nœud soit placé sur les tampons. On noue d'abord les extrémités des fils sur une des lèvres de la plaie, puis, en exerçant une légère traction sur les chefs opposés, on noue ces derniers par-dessus le deuxième tampon, placé dans leur anse. Il ne faut pas trop serrer les fils pour éviter autant que possible la section du tissu rénal, car il ne faut leur demander que de servir comme de simples sangles de suspension.

De cette manière on a placé les trois anses qui suspendent le rein sans le serrer et le maintiennent en contact avec les lèvres de la plaie et avec la 12e ou même la 11e côte, le long de laquelle ou desquelles l'organe est placé.

Enfin on ferme la plaie soit à l'aide de points séparés au crin de Florence, soit, et cela vaut mieux, par une suture intra-dermique au catgut fin.

Un pansement aseptique composé de gaze et d'ouate stérilisées, le tout serré par une large bande de flanelle, est laissé en place dix jours. Au bout de ce temps, les adhérences se sont établies entre la surface parenchymateuse du rein et le périoste de la côte d'une part, et avec les tissus musculaires d'autre part. Alors, c'est-à-dire le dixième jour, les fils transrénaux sont enlevés en coupant les chefs d'un côté et tirant ensuite brusquement sur les chefs opposés. Si la réunion s'est faite par première intention, ce qui est facile à obtenir par une bonne asepsie, on applique un second pansement simplement protectif.

Le malade doit garder le repos absolu au lit au moins pendant trois semaines pour permettre l'organisation du tissu fibreux, qui forme les adhérences.

Dans mes dernières interventions, j'ai apporté une légère modification à mon procédé. J'ai abandonné le fil de soie pour le remplacer tout d'abord par le crin de Florence et ensuite par le fil d'argent. De plus, la façon primitive de passer les fils présentait l'inconvénient d'avoir une tendance marquée à s'écarter l'un de l'autre au moment de les nouer sur le rouleau de gaze et par là même de sectionner le tissu rénal. Pour éviter cet inconvénient possible j'ai employé deux fils passés en U de la façon suivante : l'aiguille courbe de Emmet traverse les tissus et le rein de la manière sus-indiquée au niveau de l'extrémité supérieure de l'organe, puis elle est armée d'un des deux chefs du fil d'argent qui est passé suivant le chemin parcouru par l'aiguille. Celle-ci est passée de nouveau à 1 centimètre et demi du premier trajet, armée de l'autre chef du fil, qui est ramené du même coté de la plaie. Ainsi on passe le premier fil en U; le second est passé de la même façon à l'extrémité inférieure du rein.

Ces deux fils sont suffisants pour assurer la suspension du rein dans toute son étendue.

Dans l'anse de chaque fil on place un court rouleau de gaze stérilisée, et après que, les lèvres de la plaie sont affrontées par une légère traction exercée sur les chefs opposés des fils, ceux-ci sont tordus sur un rouleau de gaze interposé entre les chefs de chaque fil.

Ces fils sont retirés de la même façon que les fils de soie le dixième jour.

Les fils d'argent présentent les avantages suivants :

1° Leur parfaite asepsie ;

2° Par la façon de les passer on évite la section étendue du parenchyme rénal.

Dans le procédé que je viens de décrire le rein est placé à peu près dans sa situation normale. La direction est bonne, car son extrémité supérieure se trouve en haut et en dedans et l'inférieure en bas et en dehors.

Les vaisseaux ne sont pas tordus. L'urètre a la direction normale, sans coudure ni torsion sur axe, assurant ainsi l'écoulement absolument libre de l'urine. Donc un point important de ce procédé c'est de fixer le rein dans toute son étendue ; son extrémité supérieure ne reste plus libre et exposée aux déviations.

La façon de passer les fils à travers la capsule plicaturée empêche le fil de couper le tissu rénal, ce qui arrive dans les procédés classiques.

En enlevant les fils suspenseurs après le temps nécessaire à la formation des adhérences, on écarte tous les inconvénients des fils permanents comme : la formation de fistules qui ne disparaissent qu'une fois le fil éliminé ; les douleurs insupportables dues uniquement à la présence du fil et, enfin, ce qui est très important, on évite la formation de tissus de sclérose qu'on observe autour du fil permanent.

En effet, en enlevant l'agent irritatif — le fil permanent — le tissu de cicatrice qui se forme pour réparer le trajet du fil enlevé est très peu étendu, et l'induration qu'on observe autour du fil permanent n'existe pas, fait que j'ai constaté dans des expériences pratiquées sur des chiens, dans mon Institut avec mon élève M. Balacesco, et longuement consigné dans sa thèse inaugurale (Thèse de Bucharest, 1896). La direction horizontale donnée aux fils empêche la formation d'un tissu scléreux dans toute la portion du rein comprise dans l'anse du fil, ce qui arrive dans les procédés classiques.

L'examen histologique pratiqué sur les reins des chiens fixés par mon procédé m'a prouvé qu'il se forme un tissu de sclérose dur au niveau de la portion décortiquée, tissu qui occupe seulement la couche superficielle de la substance corticale. Les tubes contournés sont séparés par du tissu conjonctif plus dense et plus abondant que normalement. L'épithélium de ces tubes est envahi par place par la dégénérescence granuleuse. Sur une section comprenant dans son champ le trajet du fil, on voit une simple traînée de tissu conjonctif sans que les éléments qui environnent ce trajet présentent aucune altération.

En somme, si nous ne pouvons éviter la sclérose due à la décortication qui seule assure des adhérences solides, comme le prouvent les expériences de Delagenière, Tuffier, Albarran et les miennes, par la suppression des fils permanents nous diminuons, si nous ne faisons disparaître complètement, la sclérose profonde du rein.

Quant aux adhérences obtenues par mon procédé, elles sont très solides, ce qui ressort de mes expériences qui m'ont montré aussi le temps nécessaire pour obtenir des adhérences solides et définitives. Dans ce but j'ai enlevé les fils à diverses époques, ainsi : trois fois je les ai retirés le sixième jour, une fois le septième jour, deux fois le neuvième jour, deux fois le dixième jour et une fois le douzième jour. Puis j'ai sacrifié les animaux

aussi à des époques différentes, à savoir : une fois le septième jour, trois fois le dix-septième jour, une fois le deuxième mois, trois fois le troisième mois et une fois le quatrième mois. Dans tous les cas, le rein était fixé tant à la côte qu'aux tissus voisins. Sur le chien sacrifié le septième jour, les adhérences étaient formées, mais elles étaient faibles, aussi elles ont cédé à une légère traction.

Le chien sacrifié le dix-septième jour présentait des adhérences déjà puissantes, le rein tenait parfaitement à la côte et les adhérences ne cédaient même pas à des tractions assez fortes. Pour donner une idée de la solidité des adhérences alors que l'animal n'a été sacrifié qu'au bout de quelques mois, il suffira de dire que le parenchyme rénal cède plutôt que les adhérences établies. De tout ceci on peut conclure qu'il suffit, chez l'homme, de laisser en place les fils suspenseurs dix jours, car au bout de ce temps les adhérences nécessaires à une solide fixation se sont établies. Mais, pour en assurer l'organisation et leur renforcement, le malade doit garder le lit vingt jours.

Quand le rein n'a pas été décortiqué (deux cas), les expériences m'ont prouvé qu'il ne se forme que des adhérences faibles et moins nombreuses, constituées de filaments conjonctifs faciles à détruire.

Sur une de mes opérées, j'ai pu m'assurer de la solidité des adhérences et de la parfaite fixation du rein. Cette femme cinq mois après l'opération revint à ma clinique accusant des douleurs dans la fosse iliaque droite où on trouve une masse dure et mobile. La laparotomie me fit découvrir un ovaire kystique mobile que j'ai enlevé, et, à cette occasion, j'ai pu examiner le rein droit préalablement opéré, il se trouvait parfaitement fixé le long de la douzième côte dans la position que je lui avais donnée.

En résumé, mon procédé de néphropexie est supérieur aux autres par les avantages suivants :

1° Par sa simplicité;

2° Par la fixation du rein dans toute son étendue le long de la 12e côte, passant les trois fils doubles ou les deux en U sous le périoste de cette côte;

3° Par l'enlèvement des fils après le temps nécessaire à la formation des adhérences, ce qui permet d'écarter tous les inconvénients dus à la permanence des fils : douleurs, suppurations et fistules, formation d'un tissu de sclérose dans le parenchyme sénal.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Traitement du rhumatisme articulaire par des applications locales de salicylate de méthyle, par SIREDEY. (*Presse médicale*, n° 61, p. 45, 28 juillet 1897.) — Dès 1879 Bochefontaine avait proposé d'appliquer autour des articulations malades des compresses imbibées d'une solution de salicylate de soude à 1/20. L'absorption ne se faisait que d'une façon inconstante et ces essais ne furent guère renouvelés.

Bourget (de Lausanne) en préconisant l'emploi de pommades à base d'acide salicylique eut plus de succès. Les résultats qu'il obtint furent confirmés par Ruel et par d'autres observateurs. Mais l'acide salicylique irrite généralement la peau et les lésions qu'il détermine ne permettent pas d'en généraliser l'emploi.

Dans une série d'expériences sur l'absorption des médicaments par la peau saine, MM. Linossier et Lannois ont démontré de la manière la plus évidente l'efficacité des applications locales de salicylate de méthyle. De récentes communications faites à la Société médicale des hôpitaux ont de nouveau appelé l'attention sur ce traitement (Lemoine, A. Siredey).

Il importe de distinguer le salicylate de méthyle de l'essence de Wintergreen avec laquelle on le confond quelquefois. Ce dernier produit est moins pur, il a une couleur légèrement jaunâtre; il exhale une odeur beaucoup plus désagréable et est sensiblement plus irritant pour la peau. Il ne renferme d'ailleurs que 9/10 de salicylate de méthyle.

Le salicylate de méthyle est un liquide incolore, doué d'une très grande volatilité. Il émet des vapeurs à basse température et c'est ce qui facilite considérablement son absorption par la peau.

Le mode d'application est très simple. Après avoir lavé le membre, on le place sur une feuille de gutta-percha laminée, et on fait tomber directement le médicament goutte à goutte sur les téguments de l'articulation malade, en prenant soin de l'entourer immédiatement de la feuille de gutta-percha, dont les extrémités doivent se recouvrir en réalisant un enveloppement parfait. On roule autour du pansement, pour le maintenir, une bande de flanelle que l'on serre surtout aux deux extrémités, afin d'éviter l'évaporation du liquide. Une couche d'ouate peut être placée entre la gutta-percha et la bande, mais elle n'est pas indispensable; la chaleur qu'elle entretient, agréable à certains malades, est insupportable pour d'autres. On peut aussi rouler une bande de tarlatane autour de l'articulation malade, ou étaler sur elle une compresse de tarlatane de deux à quatre épaisseurs, sur laquelle on versera le salicylate de méthyle, qui a ainsi moins de tendance à couler le long du membre, et se fixe plus exactement sur la région choisie, puis on l'enveloppe hermétiquement de gutta-percha.

La dose nécessaire à chaque pansement peut varier entre 50 et 120 gouttes et même au delà. MM. Linossier et Lemoine ont pu employer sans inconvénient 12 grammes de salicylate de méthyle; M. Lemoine est allé jusqu'à 24 grammes. Dans la plupart des cas on obtient d'excellents résultats sans dépasser 60 ou 80 gouttes (3 grammes environ). Ces pansements peuvent être renouvelés deux fois en vingt-quatre heures lorsque les douleurs sont très vives. Cette médication n'entraîne, en général, aucun accident du côté de la peau.

D'autre part on constate l'absence presque totale d'accidents généraux (dus à l'acide salicylique) au cours du traitement, bien que le salicylate de méthyle contienne 90.75 0/0 d'acide salicylique.

Les applications de salicylate de méthyle présentent de réelles difficultés, dans le rhumatisme articulaire aigu généralisé, en raison des déplacements qu'ils exigeraient pour le malade, et des doses énormes de médicament que réclameraient des enveloppements très étendus.

Aussi, malgré les excellents résultats qu'ont obtenus MM. Linossier et Lannois, M. Siredey préfère-t-il, en pareil cas, l'emploi à l'intérieur du salicylate de soude.

Mais dans les formes subaiguës et chroniques, le salicylate de méthyle paraît être le médicament de choix. Son application est très facile, et son action semble à la fois plus efficace et plus persistante que celle du salicylate de soude.

Les douleurs diminuent le plus souvent deux ou trois heures après le premier pansement; on peut recommencer dix ou douze heures plus tard si le calme n'est pas obtenu, puis on espace peu à peu les enveloppements en diminuant progressivement les doses du médicament jusqu'à guérison complète.

Le même traitement convient à merveille pour les arthropathies goutteuses.

Les arthrites infectieuses bénéficient de ce traitement dans une certaine mesure, mais il faut recourir à des doses plus élevées, 5 à 6 grammes au moins pour chaque articulation.

En dehors du rhumatisme le salicylate de méthyle peut être utilisé contre certaine affections douloureuses du thorax et des membres : pseudonévralgies du mal de Pott (A. Siredey), douleurs fulgurantes du tabes, sciatiques, névralgies douloureuses et points pleurétiques des tuberculeux, mais son effet est loin d'être constant en pareil cas.

En résumé, les applications locales du salicylate de méthyle trouvent leur véritable indication dans les arthropathies limitées du rhumatisme subaigu ou chronique, où elles remplacent très avantageusement le salicylate de soude.

G. Lyon.

De la cancérose et de son traitement au moyen des ferments purs, par le Dr de Backer (de Paris). (*XIIe Congrès international de médecine*, Moscou, 17-26 août 1897.) — L'auteur cite un grand nombre de faits déjà anciens. Il y en a beaucoup d'autres, dit-il, en observation en ce moment. Comment peut-on les interpréter? Quelle est l'action des ferments sur les tumeurs en général? Les premiers essais de M. de Backer ont été inspirés par l'idée générale de substituer une fermentation intra-humaine normale à ce qu'il pense être une fermentation pathologique. Les succès ont dépassé ses espérances. Des résultats favorables, d'une durée variable, ont été obtenus chaque fois que l'on a pu observer la réaction caractéristique de l'injection des ferments. Il reste à chercher la raison de ces résultats. Le 5 novembre 1894, parut à l'Académie des sciences une note, lue par le Pr Verneuil, au nom de M. Brault, et le fait le plus saillant qui puisse être dégagé de ces recherches c'est que la *proportion de glycogène trouvé dans une tumeur est exactement en rapport avec la rapidité de son développement*. Les *ferments purs* injectés sous la peau dans la région lymphatique correspondant à la tumeur, fermentent sur place et pour cela empruntent au néoplasme le plus possible de matière fermentescible, c'est-à-dire de matières glycogènes nécessaires à l'évolution néoplasique. Celle-ci est donc, sinon arrêtée, certainement ralentie.

C'est en effet ce que l'auteur a régulièrement observé, quelle que fût, du reste, la prolifération rapide des cellules dites anarchistes. La production définitive de l'*alcool à l'état naissant* que les cellules-ferments ont pour effet d'amener, est-elle d'une efficacité seconde? M. de Backer adopte nettement l'affirmative. A ces effets s'ajoute une leucocytose abondante qui accompagne toujours les injections. Celle-ci est-elle favorable? Certaines expériences d'Emmerich (de Munich) semblent le démontrer, ainsi que les essais thérapeutiques tentés, avec des succès relatifs, par l'inoculation érysipélateuse.

R. Blondel.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire, par Tuffier, Fabricant, Macewen. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — M. Tuffier expose son rapport sur la chirurgie pulmonaire, en passant en revue les différentes lésions d'ordre chirurgical, suivant qu'elles sont septiques ou aseptiques.

1. *Lésions aseptiques; néoplasmes.* — La difficulté du diagnostic n'a permis jusqu'à ce jour d'opérer que les tumeurs secondaires par résection et suture hémostatique et unissante. Quatre guérisons sur sept cas.

Traumatismes, hernies du poumon. — Ce n'est que dans les cas d'hémorragie ou de hernie du poumon irréductible que le chirurgien aura à intervenir, les plaies étant jugées

aseptiques. L'*hémorragie* doit être combattue par l'ouverture large du thorax, l'enlèvement des caillots, la recherche rapide du foyer hémorragique et le *tamponnement* ou la *ligature*, de préférence à la forcipressure. La *suture hémostatique* suffit dans bien des cas à arrêter des hémorragies en nappes qui paraissaient alarmantes. La compression temporaire du pédicule du poumon servirait dans le cas d'hémorragie abondante et incoercible. Les *hernies* peuvent être traitées par la réduction simple, lorsqu'on n'a pas d'infection à redouter. Mais il est préférable de réséquer après ligature, au ras de l'espace intercostal, si l'on a des doutes. Sept cas ainsi traités, avec fixation à la plaie, ont donné sept guérisons. S'il n'y a pas plaie, comme dans les hernies après contusion, on peut réussir à réduire par compression lente dans l'immobilisation. De même, dans les hernies spontanées, de simples bandages peuvent suffire. Mais s'il y a douleur, accroissement progressif ou incoercibilité absolue, on fera comme s'il s'agissait de l'intestin la cure radicale par réduction du viscère et résection du sac pleural.

Kystes hydatiques. — Dans cet ordre de lésions, les notions sont assez avancées aujourd'hui. Nous sommes d'accord pour reconnaître que la ponction est dangereuse et nullement efficace. Elle doit céder le pas à la pneumotonie, qui est surtout indiquée lorsqu'il s'agit d'un kyste suppuré ouvert dans les bronches. Les résultats acquis par les divers opérateurs donnent aujourd'hui 90,1 0/0 de guérisons.

Tuberculose. — Il nous faut distinguer l'intervention au début et à la période cavitaire.

Au début, on peut espérer, dans des cas réellement bien peu nombreux et d'un diagnostic fort épineux, empêcher l'extension de la tuberculose réduite à un simple noyau limité et unilatéral. C'est dans ces circonstances que le rapporteur a opéré en 1891 par la résection du tissu malade un sujet qui est encore bien portant aujourd'hui : deux autres cas appartiennent à Lowson et à Doyen. Comme il est difficile de différencier cliniquement un noyau limité d'une infiltration tuberculeuse plus étendue, il est à croire que cette opération ne trouve pas de sitôt de nombreux imitateurs. Peut-être la radiographie nous instruira-t-elle à cet égard.

A la période cavitaire, contre toute attente, les opérations directes, incision, destruction des parois au thermo-cautère, drainage, n'ont pas donné de brillants résultats ; la tuberculose continue à évoluer, les cavernes tardent à se cicatriser. Il faut renoncer à employer les bactéricides les plus divers, à cause du passage dans les bronches et des accès de toux qu'ils occasionnent. Il reste cependant de ces tentatives quelques notions utiles : la résection des côtes au niveau des cavernes permet leur affaissement et facilite leur cicatrisation. La même opération suffit pour arrêter les hémoptysies incoercibles provenant des lésions du sommet. (Injections d'air dans la plèvre, de Chassaignac.)

II. *Lésions septiques.* — Ici la mortalité opératoire s'élève notablement, à cause de l'absorption pleurale. Elle est encore de 23,8 0/0 dans les *abcès du poumon*, dont il faut séparer les foyers de pleurésie purulente enkystée. Dans les cas aigus, opérés d'une manière précoce, la guérison peut être obtenue assez rapidement.

Dilatation des bronches. — L'intervention est commandée ici par la septicémie chronique, chez des sujets porteurs de lésions unilatérales et après échec du traitement médical. La difficulté du diagnostic peut être extrême. Malgré une forte mortalité opératoire (10 morts sur 38 cas) on a pu obtenir la suppression des vomiques quotidiennes, celle de la fétidité des crachats, et même la guérison complète dans 7 cas. La pneumotomie et le drainage constituent toute la technique opératoire.

Corps étrangers. — Les accidents qu'ils occasionnent rentrent dans le groupe des suppurations ou bronchiectasies. Il ne faut intervenir que dans le cas de septicémie aiguë et, si l'on ne trouve pas le corps du délit, ce qui est la règle, se contenter de la pneumotomie suivie du drainage. Sur onze cas publiés, on ne cite qu'une amélioration. Les projectiles tolérés doivent être respectés.

Gangrène pulmonaire. — La cause la plus fréquente des interventions (74 cas). Il faut, pour être autorisé à agir, que la gangrène, superficielle ou profonde, soit *circonscrite*. Eviter les ponctions exploratrices, car la septicité des germes peut être extrême. Dans les formes bénignes, on peut essayer les injections antiseptiques iodées ou thymolées ; il faut agir de même s'il y a des foyers trop multiples pour être incisés. Mais l'incision large avec extraction des parties sphacélées est la méthode de choix. On doit y joindre la *thoracotomie* avec résection costale plus ou moins étendue suivant les besoins. Le drainage demande des soins particuliers ; il faut choisir un drain souple et le déplacer fréquemment pour éviter les érosions vasculaires qui donnent des hémorragies secondaires souvent mortelles. Les résultats obtenus sont très variables suivant l'étiologie des gangrènes ; les plus nombreux succès sont obtenus par l'intervention pour des gangrènes métapneumoniques. La gangrène pulmonaire circonscrite est donc curable surtout à sa période d'éli-

mination et de réparation, qu'il faut savoir attendre.

Pour nous résumer, nous trouvons donc que les kystes hydatiques, les bronchiectasies et la gangrène pulmonaire sont, des diverses affections du poumon, celles qui ont le plus bénéficié du traitement opératoire.

La technique, quelle que soit la lésion, comprend toujours trois temps : 1° La *thoracotomie*, qui n'offre ici rien de particulier. On doit faire des incisions courbes à convexité inférieure, dont on allongera les cornes supérieures à volonté pour pouvoir exécuter les résections costales nécessaires. 2° La traversée de la plèvre. Si les adhérences sont formées, il n'y a aucune difficulté, on incise en plein tissu pleuro-pulmonaire. On sait en outre que l'on tombe généralement sur le foyer. Si les adhérences manquent ou sont insuffisantes, au lieu de les créer en plusieurs temps, mieux vaut explorer avec l'index par une boutonnière pleurale, comme Bazy, ou à travers la plèvre, comme le fait l'auteur, et, si cette recherche ne montre pas qu'il faut suivre une autre voie, faire une suture des deux feuillets pleuraux et inciser dans la zone ainsi créée. M. Tuffier donne le conseil de saisir rapidement le poumon, de l'amener dans la plaie opératoire et de l'y fixer. On évite ainsi des accidents d'asphyxie menaçants. 3° La pneumotomie, qui se fait soit au bistouri, ce qui vaut mieux pour les lésions aseptiques, soit au thermo-cautère. Le tamponnement sera toujours préparé, car il arrête la plupart des hémorragies. Avant de drainer, examiner s'il n'y a pas des foyers morbides multiples, enfin s'abstenir de lavages, par crainte d'accidents dyspnéiques sérieux.

M. Macewen (de Glascow) adopte la plupart de ces conclusions; mais il préconise l'ouverture large de la plèvre, qui évite l'accumulation d'air entre les deux foyers et la compression dangereuse dont on parle. D'ailleurs, pour lui, la pression de l'air n'est pas la raison de l'adhérence des deux feuillets pleuraux, mais la cohésion moléculaire de deux surfaces lisses. M. Fabricant (de Kharkow) confirme les médiocres résultats que donne l'intervention dirigée contre les cavernes tuberculeuses. Il estime que la pneumotomie n'est formellement indiquée que dans deux cas : abcès ou gangrène du poumon. Les premiers cas sont les plus favorables et les sujets jeunes supportent mieux l'opération que les sujets âgés. Ce dernier chirurgien est partisan de l'emploi du thermo-cautère modérément chauffé, pour éviter les hémorragies. Il emploie les mèches de tarlatane, de préférence aux tubes, pour le drainage, à cause de leurs propriétés hygroscopiques. AUG. BENOIT.

La correction opératoire des scolioses graves, par CALOT (de Berck). (Paris, Masson, 1897.) — M. Calot s'occupe depuis quelques mois d'appliquer aux déviations vertébrales le traitement qu'il a déjà mis en œuvre contre les gibbosités pottiques. La technique ne varie guère, mais il y a quelques modifications à connaître. Une fois l'extension et la contre-extension faites, d'une part sur la tête et les bras élevés, de l'autre sur le bassin, la colonne vertébrale se redresse en partie ; il s'agit d'achever ce redressement par des pressions exercées dans le sens latéral et non plus antéro-postérieures. Lorsque la rectitude plus ou moins parfaite a été obtenue, on applique des tampons de ouate hydrophile dans les gouttières costo-vertébrales, du côté dévié, puis, pendant qu'on roule les bandes plâtrées qui constituent l'appareil de contention, d'une construction si importante pour le succès de la méthode, le chirurgien appuie sur la *partie déviée* du thorax. Le plâtre desséché, il taille une large fenêtre dans l'appareil pour libérer le *côté déprimé* du thorax qui se trouve ainsi forcé de prendre de l'extension dans ce sens, l'autre côté étant immobilisé. L'appareil reste en place deux à trois mois et sera remplacé autant qu'il est nécessaire.

AUG. BENOIT.

A propos du brisement de la bosse d'après Calot. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 35, 1897.) — Le Pr LORENZ (de Vienne) désigne par l'appellation de « brisement » (*sic*) l'opération de Calot, qu'il considère comme une simple modification du procédé d'Hippocrate; l'intervention du chirurgien de Berck lui semble entachée de quelque témérité, car elle ne tient pas compte d'une série de traditions vénérables : ces dernières, du reste, n'ont jamais fait faire à la science de progrès sérieux.

Lorenz se félicite que Calot se soit décidé à considérer comme licite le redressement de la colonne vertébrale, non encore ankylosée en position vicieuse : ce redressement est facile, mais on n'osait jusqu'ici l'effectuer, crainte de lésions médullaires consécutives. Or, les malades opérés par la méthode nouvelle n'ont jusqu'ici présenté aucun accident de ce genre : l'irruption du pus dans les tissus voisins de l'abcès, à la suite des manœuvres de redressement (Ménard) pourrait cependant provoquer des complications redoutables.

Les résultats sont-ils durables? Toute gibbosité a la tuberculose pour base, et cette infection est de nature destructive : elle s'oppose donc à la néoformation osseuse nécessaire pour combler la perte de substance que le redressement

rend manifeste, pour ainsi dire. La néoformation ne peut en aucun cas être égale à la considérable destruction que la substance osseuse a subie : il est cependant admissible qu'en présence de foyers très peu étendus, le redressement puisse donner des résultats définitifs chez un sujet bien portant. Mais lorsqu'il s'agira d'écarts pouvant atteindre 6 à 8 centimètres (Ménard et Brun), pourra-t-on espérer une néoformation suffisante pour combler une telle lacune? C'est, semble-t-il, demander au périoste, en l'absence de toute irritation fonctionnelle, une activité ostéogène bien problématique. D'autres tuberculoses osseuses (coxalgie, arthrite, tuberculose du genou), ne se terminent guère souvent par ankylose osseuse, et en enfermant pendant des mois un malade dans une cuirasse, on ne le place pas dans des conditions hygiéniques capables de lui procurer les forces nécessaires à une cicatrisation durable et solide de la cavité à combler.

Lorenz admet en conséquence que les récidives sont inévitables, qu'elles ne seront pas dangereuses si les vertèbres cèdent peu à peu, mais qu'un affaissement brusque pourrait avoir les plus graves conséquences.

Lorenz fait encore remarquer que la tuberculose vertébrale guérit souvent en laissant une gibbosité à peine perceptible et sans que l'intervention du chirurgien ait joué un rôle pour l'obtention du résultat : d'autres fois au contraire, malgré une technique irréprochable, la gibbosité sera très accentuée. Ces faits doivent nous faire admettre que notre intervention n'a pas l'importance qu'on pourrait être tenté de lui attribuer.

Lorenz trouve qu'on ne tient pas suffisamment compte du spasme musculaire, cause principale pour lui des déformations vertébrales, que nul corset ne peut annihiler.

Le traitement préventif de Calot ne semble pas s'étayer sur un nombre suffisant de cas : ces cas ne sont, pas plus que les autres, assez anciens pour permettre un jugement définitif à cet égard.

Lorenz termine par un résumé d'une opération faite d'après le procédé, rigoureusement appliqué, de Calot : le résultat a été défavorable et montre que la méthode n'est pas aussi inoffensive que son auteur l'affirme.

E. Vogt.

Nouveau procédé de désarticulation de l'épaule. (*Chirurgie russe*, n° 3, 1897.) — Cherchant à satisfaire aux trois desiderata de toute désarticulation :

1° Hémostase préventive aussi complète que possible par la ligature du tronc principal au-dessus du point où il émet les branches qui nourrissent le champ opératoire;

2° Ligature au début même de l'opération à travers l'incision par laquelle on commence la désarticulation de l'épaule;

3° Recherche rapide et ligature prompte du vaisseau sans rendre l'opération plus difficile, Zyssenkoff (de Moscou) a élaboré sur le cadavre le procédé suivant :

Le bras est placé au bord de la table et tourné en dehors. A la distance de 1 centimètre en dedans du sommet de l'apophyse coracoïde, on pratique, couche par couche, une incision longitudinale de haut en bas qui est presque parallèle à l'humérus; en haut, l'incision atteint le triangle thoraco-deltoïde; plus bas, sur toute sa longueur, elle coupe perpendiculairement le grand pectoral. En faisant cette incision on pratique la ligature de la veine céphalique et des branches de l'artère acromiothoracique. En attirant la lèvre interne de la plaie, ce qui se fait très facilement, l'opérateur aperçoit à la lèvre externe de la plaie le muscle coraco-brachial et dans son angle supérieur, le bord du petit pectoral. C'est dans l'espace limité par ces deux muscles et recouvert d'aponévrose que passe le faisceau nervo-vasculaire. Il ne reste, pour mettre à nu de suite les troncs terminaux du plexus brachial, qu'à couper cette aponévrose. Ce faisceau recouvre en avant l'artère axillaire; celle-ci est découverte dans l'angle supérieur de la plaie en attirant en dedans les nerfs qui la recouvrent. L'artère et la veine correspondante étant liées sous le muscle petit pectoral, l'opérateur pratique, à une petite distance du bout inférieur de la première incision, une autre incision oblique dirigée en dehors à travers la région du muscle deltoïde jusqu'à la face postérieure de l'épaule; ensuite il prolonge la première incision en arrière sur la face interne de l'épaule. Les deux dernières incisions ne traversent que le tégument cutané et forment avec la première ce qu'on appelle une incision en raquette. Sur le bord de la couche cutanée rétractée, on coupe les fibres du muscle deltoïde, on dissèque le lambeau musculo-cutané externe et on luxe la tête de l'humérus. Enfin, on fait passer un couteau entre la tête et le muscle coraco-brachial et l'on coupe près de l'os toutes les parties molles sur les faces interne et postérieure de l'épaule. On obtient ainsi une plaie de forme ovoïde dans laquelle il faut, pour éviter une hémorragie consécutive, pratiquer la ligature de l'extrémité de l'artère axillaire de la circonflexe.

B. Taft.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la lithiase biliaire, par SCHORSTEIN. (*Treatment*, 24 juin 1897, p. 180.) — L'auteur passe en revue les travaux récents publiés sur cette question en Angleterre et en Amérique et se range en grande partie aux conclusions de Brockbank quant aux conditions nombreuses favorisant la formation des calculs biliaires. La plupart de ces causes échappent, malheureusement, à nos moyens d'action. Le calcul biliaire se développe surtout à mesure que l'âge avance et plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Tout ce qui occasionne la stagnation de la bile dans la vésicule favorise le dépôt des calculs, tels par exemple : une taille trop serrée, ou le travail sédentaire, ou l'habitude de se tenir en écrivant trop penché sur une table. Le manque d'exercice, avec ses résultats inévitables, la diminution des mouvements du foie et du diaphragme, et la moindre stimulation des parois de la vésicule biliaire amène les mêmes résultats. Mais une fois cette stagnation produite, il faut encore d'autres agents : dans un grand nombre de cas, on trouve un certain degré d'inflammation ou de dégénérescence de la muqueuse de la vésicule. Ces deux conditions réunies amènent la formation d'un excès de cholestérine. Or, un excès de cholestérine, avec une proportion normale de sels biliaires provoque presque inévitablement un précipité et dès lors le calcul est constitué.

En empêchant l'inflammation de la vésicule, dans la mesure du possible (abstraction faite de sa dégénérescence sénile qui est sans remède) on diminue les chances de formation d'un excès de cholestérine. Si, en plus de cet excès, il existe une insuffisance de la proportion des acides biliaires, les chances de formation d'un calcul ne sont que plus favorables, car la cholestérine est principalement maintenue en dissolution par ces acides biliaires.

La stagnation de la bile dans la vésicule, l'excès de cholestérine, le manque de bile sont donc les trois agents principaux de la lithiase biliaire ; dans quelle mesure pouvons-nous agir sur eux ?

On peut les influencer par l'exercice en plein air, particulièrement l'équitation, qui produit un mouvement du foie et du diaphragme diminuant la tendance à la stagnation de la bile dans la vésicule. Tous les sports et tous les jeux athlétiques produiront le même résultat. On veillera à conserver en écrivant une posture non contractée et à s'habiller de vêtements amples. Tout ce qui diminuera le catarrhe gastrique et duodénal restreindra aussi les risques d'inflammation remontant par les voies biliaires jusqu'à la vésicule. De là vient l'utilité d'une dose journalière de phosphate de soude (4 grammes avec 4 grammes de glycérine dans de l'eau) prise le matin, d'abord, et de la cure bien suivie de Carlsbad. La question du régime est très complexe. Il n'est pas une sorte d'aliment qui n'ait été à un moment donné, désigné par l'une ou l'autre des autorités médicales, comme favorisant la production des calculs biliaires. Le fait que les calculs se rencontrent chez les pauvres à alimentation insuffisante laisserait supposer que le régime réduit tendrait plutôt à favoriser la lithiase : cependant, tout excès de nourriture, toute alimentation irritante, sont certainement contre-indiqués. Au début de l'âge adulte, si la paroi vésiculaire n'est pas irritée, la production de la cholestérine est probablement très faible. A un âge plus avancé la dégénérescence de la paroi vésiculaire la met à l'abri de toute influence. Le Dr Brockbank a établi que la production d'acides biliaires est en relation avec l'alimentation azotée et que la dissolution de la cholestérine dépend de la présence de ces acides. L'alimentation azotée doit donc représenter une partie importante du régime. La graisse a été prohibée par plusieurs médecins, parce que la cholestérine se rapproche un peu des matières grasses, tout en n'en étant pas une. Cependant, on donnera de l'huile aux doses de 250 à 300 grammes pour soulager les crises très aiguës de cholélithiase. Le Dr Thompson cite l'opinion de Harley d'après qui « les puddings et le lard gras occasionnent plus de calculs biliaires en Angleterre que toutes les autres alimentations réunies. » Dujardin-Beaumetz a cessé de prescrire les graisses et les hydrates de carbone ; il ordonnait les œufs, les légumes verts et les fruits, conseillant à ses malades d'éviter le poisson, la viande et l'alcool. Sur ce point, tout le monde est d'accord : l'alcool est mauvais pour les malades exposés à la cholélithiase. On ne devrait jamais en prendre, sous forme de champagne ou de bière particulièrement. Un régime simple, composé de nourriture fraîche, de viande fraîche, de légumes verts, de fruits, de pain bien cuit, beaucoup d'eau, pas de sauces compliquées, pas d'alcool, rien qui irrite l'estomac ou le duodénum, le régime du bon sens et de la vie simple, est, pour ce qui concerne la nourriture, le meilleur traitement prophylactique contre les calculs. Ceci joint à une manière raisonnable de se vêtir, à un

exercice suffisant et à des médicaments qui diminuent le catarrhe gastrique et duodénal, représente tout ce qu'il est possible de faire.

Mais si le calcul est déjà formé, pendant une attaque aiguë de colique, l'auteur recommande le traitement de Thompson : « Injecter d'abord de préférence dans la région hépatique, de 1 centigramme et demi à 3 centigrammes de morphine avec un demi-milligramme d'atropine, administrer de quinze à trente gouttes de chloroforme dans de l'eau de laurier-cerise, soit seule, soit jointe à une cuillerée de liqueur anodine d'Hoffman. Le chloroforme agit comme calmant local et contribue aussi à diminuer le spasme que l'on suppose exister dans la paroi des voies biliaires. Le chloroforme étant promptement absorbé par l'estomac, passe dans le système porte et atteint directement le foie. On peut aussi employer la belladone et l'éther sulfurique, mais ils sont généralement moins efficaces. En même temps, on appliquera un grand cataplasme très chaud de graines de lin sur la région biliaire et on l'y maintiendra pendant plusieurs heures. Si la souffrance endurée par le patient permet qu'on le mette dans une baignoire, une immersion complète dans l'eau très chaude le calmera généralement. Si ces moyens ne réussissent pas, on recourra à la narcose chloroformique légère, comme pour un accouchement.

Entre les attaques, si la présence des calculs est bien démontrée, que doit-on faire ?

Aucun médicament pris par la bouche ou par la voie sous-cutanée ne permet de diminuer le volume du calcul sur place. Il n'est donc pas possible de faciliter le passage de ce calcul en s'adressant à lui.

Est-il possible d'accroître de quelque façon la force qui chasse le calcul hors des voies biliaires, soit en augmentant la pression de la bile dans la vésicule, soit en accroissant le péristaltisme des parois vésiculaires et des voies biliaires, soit en dilatant ces dernières voies et en diminuant leur résistance ?

Il est bien établi aujourd'hui qu'il n'existe pas dans l'état actuel de nos connaissances de médicament cholagogue capable de provoquer une augmentation de la bile dans la vésicule, et un excès de pression de cette bile suffisants pour chasser le calcul devant elle. On peut certainement influencer les mouvements péristaltiques de la paroi vésiculaire, l'écoulement de la bile hors de la vésicule, par l'exercice et, jusqu'à un certain point par des médicaments, tels que la strychnine, par exemple. En réalisant tout ce qu'on peut faire d'approchant, c'est-à-dire en augmentant la quantité du liquide, comme il arrive avec le traitement de Carlsbad, on n'est jamais sûr que cet excédent de bile suivra le chemin des voies biliaires encombrées, plutôt que toute autre route. On s'abstiendra toujours de toute manœuvre vague de massage dans la région de la vésicule, à travers la paroi abdominale, alors qu'il est impossible de s'assurer des conditions dans lesquelles on agit. On diminue la résistance périphérique des conduits biliaires par tout ce qui entrave la formation du mucus, modère l'inflammation locale ou diminue le spasme des parois. D'où les bons effets d'un traitement prolongé par l'eau de Carlsbad, le phosphate ou le carbonate de soude, de la belladone et du chloroforme. L'usage de l'huile d'olive à haute dose a aussi ses ardents défenseurs aussi bien que ses détracteurs convaincus. L'administration de 60 à 300 grammes donnés quotidiennement à un estomac à jeun a, incontestablement, été accompagnée dans certains cas du passage du calcul. L'objection que l'huile elle-même est capable, une fois absorbée par les matières, de former des masses arrondies ressemblant vaguement aux calculs, est trop connue maintenant pour qu'on en parle. Le fait que l'emploi de l'huile d'olive a été suivi de l'expulsion non douteuse de calculs, justifie entièrement son emploi, bien qu'aucune démonstration scientifique satisfaisante n'ait encore été donnée de son mode d'action. Parfois ces modes de traitement réussissent, parfois aussi ils avortent complètement.

Le livre de M. Waring renferme plusieurs points intéressants pour le lecteur au sujet des calculs et autres affections du foie, principalement au point de vue chirurgical. L'auteur et M. Mayo Robson examinent dans quelles conditions une intervention chirurgicale devient nécessaire. Pour eux le traitement chirurgical est indiqué :

1° Dans les coliques biliaires revenant fréquemment, sans jaunisse, avec ou sans hypertrophie de la vésicule ;

2° Dans l'hypertrophie de la vésicule, sans jaunisse, même si elle n'est pas accompagnée de grandes souffrances ;

3° Dans la jaunisse persistante, accompagnée de souffrances et quand les douleurs revenant périodiquement avec ou sans accès de fièvre font supposer l'existence d'un calcul dans le canal cholédoque ;

4° Dans l'empyème de la vésicule ;

5° Dans la péritonite s'étendant à l'hypocondre droit ;

6° En cas d'abcès de la vésicule ou des conduits biliaires, soit dans le foie, soit au-dessous ou au-dessus ;

7° Dans quelques cas où, quoique le calcul soit passé, il reste des adhérences devenant une source de souffrances et de troubles;

8° Dans les fistules muqueuses, muco-purulentes ou biliaires;

9° Dans certains cas de jaunisse chronique avec vésicule distendue par suite d'une obstruction située sur le canal cholédoque, lors même que l'on peut soupçonner une tumeur maligne. Dans ces cas, le risque opératoire est augmenté d'autant, car un néoplasme malin peut être la cause de l'obstruction, ce qui accroît forcément le danger de l'intervention;

10° Dans la cholécystite phlegmoneuse et dans la gangrène, si celle-ci peut être reconnue à une période encore assez précoce de la maladie.

R. Blondel.

Sur la périty phlite. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — M. Roux (de Lausanne) a observé que tous les cas d'appendicite marchent à la suppuration et à la nécrose, si on leur en laisse le temps. L'ablation immédiate serait donc l'opération de choix; mais le chirurgien est toujours appelé trop tard. Il faut donc négliger les cas assez exceptionnels où la mort surviendra par septicémie, par péritonite ichoreuse, pour se préoccuper des cas les plus communs et de la conduite que doivent tenir à cet égard les praticiens de campagne. Or il y a tout intérêt à *attendre* deux ou trois jours et plus la formation d'un abcès, qui sera ouvert par le flanc, le rectum ou le vagin. A cette condition, l'intervention ne sera pas plus dangereuse que la maladie. Eviter le transport de ces malades, car il peut favoriser la *perforation secondaire*, l'une des causes les plus fréquentes de la mort par appendicite suppurée. M. Le Dentu se range à cette opinion. M Kummel (de Hambourg) a eu 103 guérisons sur un nombre égal de cas en opérant à froid pour des appendicites à répétition, ce qui confirme la supériorité des conditions dans lesquelles on est alors placé. Pendant l'accès, il préconise l'expectation, car sur 400 cas non opérés, la mortalité ne fut que de 5 0/0. M. Sonnenburg (de Berlin) n'a eu que des guérisons, en opérant sur cent appendicites à foyer purulent circonscrit. Il conclut qu'il faut intervenir en plein accès, à l'encontre des précédents orateurs. Enfin, M. Grinda (de Nice) vient préconiser une *incision lombo-iliaque*, utilisable surtout lorsque le maximum de la douleur siégeant, non plus au point de Mac Burney, mais au triangle de J.-L. Petit, on peut présumer avoir affaire à un abcès rétro-cœcal. La sonorité dans la fosse iliaque droite est encore un bon signe à rechercher. Cette incision suit le bord externe de la masse sacro-lombaire et se recourbe en bas pour suivre à quelques centimètres la ligne de la crête iliaque, jusqu'à 3 centimètres de l'épine antéro-supérieure. On évite plus sûrement l'infection du péritoine, la blessure des anses de l'intestin grêle et les éventrations consécutives.

Aug. Benoit.

Traitement de la constipation chronique par la créosote, par Vladimir de Holstein. (*Semaine médicale*, n° 41, p. 328, 1er septembre 1897.) — La créosote, employée de la façon qui va être indiquée, constitue un excellent moyen de combattre la constipation habituelle sans exercer d'action purgative proprement dite.

Il faut prescrire la créosote non pas en pilules, perles ou solutions alcooliques, mais pure et en gouttes. La dose efficace est de sept ou huit gouttes prises deux fois par jour, immédiatement après le déjeuner et le dîner, dans un verre de lait, de bière, d'eau vineuse ou d'eau pure. On fait prendre une goutte de créosote en commençant, puis on augmente d'une goutte chaque jour jusqu'à ce que l'effet désiré soit obtenu : on détermine ainsi la dose nécessaire pour chaque cas particulier.

La médication créosotée, qui doit être continuée longtemps, pendant plusieurs mois, fait non seulement disparaître la constipation chronique, mais encore elle rétablit l'appétit, relève l'état général et améliore le teint. Sous son influence les selles deviennent quotidiennes, molles, abondantes; elles ne s'accompagnent ni de douleurs ni d'aucun signe d'irritation intestinale. La créosote agirait en neutralisant une toxine intestinale qui, chez les constipés chroniques, paralyserait le tube digestif (?).

G. Lyon.

Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. (*Medicinskoïe Obos.*, n° 7, 1897.) — En se basant sur des matériaux recueillis d'un côté dans les services de Billroth et Tscherny et d'un autre côté dans sa clinique personnelle, le Pr Mikoulitsch se prononce pour le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, et cela non seulement dans les cas où surviennent de graves complications comme hémorragies, perforation de la paroi stomacale, rétrécissement du pylore, etc., mais aussi dans les cas où il n'y en a point.

Dans ce dernier cas — ulcère non compliqué — serviront comme indications à l'opération : 1° l'impossibilité de mener à bonne fin le traitement interne systématique et rationnel; 2° épuisement considérable du malade malgré le traitement interne; 3° diminution de la capa-

cité de travail chez les malades atteints de douleurs trop intenses.

Là où le diagnostic ne peut être fait avec une exactitude absolue, Mikoulitsch admet la laparotomie exploratrice.

B. Taft.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON
Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Le traitement par l'éther de la dyspnée urémique, par Gallois. (*Nord médical*, 15 juillet 1897.) — L'idée d'employer l'éther dans l'urémie ne remonte pas à une époque bien lointaine. Rilliet est le premier qui ait fait mention de cette méthode, mais en faisant remarquer qu'il n'en avait jamais obtenu de résultats. Il substituait les inhalations d'éther aux inhalations de chloroforme dans l'urémie éclamptique. Merklen conseille la médication éthérée dans les accidents gastro-intestinaux de l'urémie et Eichhorst la préconise aussi, mais ces auteurs donnent l'éther à la dose de quelques gouttes sur un morceau de sucre.

Le traitement de l'urémie dyspnéique par l'éther à doses intensives a été essayé en 1888 par le Pr Lemoine (de Lille).

Dans les cas graves d'urémie et surtout dans l'urémie dyspnéique, l'éther doit être administré au malade à très forte dose et pendant très longtemps. Il s'élimine très rapidement et permet d'être pris sans aucun danger, à doses considérables, pourvu qu'on ait soin de les fractionner. Dans certains cas d'urémie dyspnéique grave, on peut injecter 2 centimètres cubes d'éther toutes les heures, jour et nuit, et en dehors de cela en donner par la voie buccale une cuillerée à café incorporée à un sirop, d'heure en heure, en alternant avec les injections. Mais de pareilles injections répétées souvent sont très douloureuses; aussi, faut-il avoir grand soin de les faire profondément sous le derme, pour éviter la trop grande douleur et ne pas déterminer le sphacèle de la peau. Néanmoins il est certains malades qui les repoussent et il faut alors se contenter de leur faire prendre l'éther dans de l'eau sucrée, à la dose de deux cuillerées à café toutes les demi-heures et plus si cela est nécessaire.

Cette façon de donner l'éther à dose beaucoup plus élevée qu'on n'avait osé le faire jusqu'alors amène d'excellents résultats.

Un soulagement rapide et très appréciable survient dès le début du traitement et malgré la douleur quelquefois très vive, provoquée par l'injection, on voit des malades attendre avec impatience le moment où doit être faite cette injection. C'est qu'en effet, au bout de peu de temps, la respiration devient plus facile, la sensation d'étouffement disparaît et les insomnies font place à un sommeil paisible.

En même temps, du côté des reins, l'éther produit des phénomènes diurétiques; la diurèse jusqu'alors fort troublée augmente sensiblement et est la plupart du temps très activée, surtout si on a soin de l'aider par une petite dose de caféine.

Quand la dyspnée s'amende, on peut espacer les injections ou les cuillerées d'éther, mais on ne les doit cesser complètement qu'au bout de cinq ou six jours, quand on a assisté à la disparition bien nette des symptômes urémiques et constaté le rétablissement durable de la diurèse.

G. Lyon.

L'hyperémie naturelle et provoquée du poumon comme moyen de défense contre la tuberculose; thermothérapie et autotransfusion, par Jacoby. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, nos 8 et 9, 1897.) — On sait que l'hyperémie du tissu pulmonaire est une condition défavorable au développement du bacille de Koch. Cela explique pourquoi la tuberculose est rare chez les malades atteints de cyphose et d'emphysème, pourquoi au contraire elle est fréquente chez ceux qui sont atteints de rétrécissement pulmonaire congénital, parce que dans ce dernier cas les poumons sont insuffisamment irrigués. On s'explique de même la localisation habituelle des tuberculès aux sommets des poumons, parce que la circulation du sang se fait plus mal dans les régions supérieures que dans les régions inférieures. Jacoby s'inspirant de ces considérations a eu l'idée de combattre l'anémie des sommets au moyen de la thermothérapie et de l'autotransfusion. La thermothérapie consiste à vêtir le malade d'une veste de caoutchouc au travers de laquelle on laisse couler de l'eau chaude pendant un temps assez long (eau à 45°, deux fois par jour, pendant trente minutes). Sous l'influence de la chaleur il se produit une hyperémie marquée des poumons.

L'autotransfusion consiste à obliger le patient à prendre pendant six heures par jour une position dans laquelle les épaules sont plus basses que le reste du corps, ce qui favorise l'afflux du sang vers les sommets du poumon! De plus

on fait du massage et de la faradisation de la poitrine. La méthode n'est contre-indiquée que dans les cas d'hémoptysie ou d'hémophilie.

G. Lyon.

Diagnostic et traitement de certaines affections des voies aériennes supérieures. (*Medical News*, 19 juillet 1897.) — Beverley Robinson (de New-York) croit qu'on a quelque peu abusé des opérations sur les cornets hypertrophiés, et qu'une certaine réaction est en train de se manifester, car on n'avait pas assez tenu compte des diathèses arthritiques, du paludisme, de la syphilis, causes sans cesse actives, rendant illusoires avec le temps les meilleurs résultats chirurgicaux obtenus sur le moment. Il faut encore considérer les effet du climat, de l'habitation, etc.

Pour l'auteur, les cautérisations à l'acide acétique glacial, après cocaïnisation, rendent d'excellents services dans les cas de catarrhe nasal, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir plus activement.... Traitement consécutif au moyen d'un tampon de coton boriqué.

Un autre symptôme très fréquent est la chute, du naso-pharynx dans le pharynx, de mucus ou de muco-pus, incitant les malades à des manœuvres d'expulsion bruyantes : chez l'enfant, les hallucinations nocturnes, la laryngite striduleuse n'ont souvent pas d'autre cause. Les cautérisations ignées ne donnent que des résultats passagers : le perchlorure de fer additionné de glycérine, la glycérine phéniquée en badigeonnages sont bien préférables, à condition toutefois qu'on tienne compte de l'état général des malades.

Pour les végétations adénoïdes, l'auteur considère l'avulsion par l'ongle après antisepsie sérieuse, comme suffisante dans la majorité des cas. On protégera le doigt par un anneau de caoutchouc ou de métal, pour éviter les morsures de l'enfant non chloroformisé. Le grattage dure quelques minutes à peine.

L'hypertrophie de l'amygdale linguale sera traitée par les badigeonnages ci-dessus indiqués, ou par le galvano-cautère si le traitement est inefficace.

E. Vogt.

Action thérapeutique de l'extrait fluide d'apocynum cannabinum dans les affections cardiaques. (*Journal de médecine militaire russe*, n° 6, 1897.) — Grosdinsky, chez sept cardiaques à la période d'asystolie, a eu recours à l'extrait fluide d'apocynum cannabinum. Cette substance était administrée à la dose de sept à quinze gouttes trois à quatre fois par jour, pendant trois à quatre jours de suite. Ce laps de temps suffisait ordinairement pour que le médicament manifestât son effet. A deux malades seulement on administrait le médicament en question pendant dix jours consécutifs dans le but de savoir s'il a une action cumulative.

L'extrait fluide d'apocynum cannabinum a exercé une action très favorable et pouvait remplacer la digitale ordinairement prescrite dans ces cas.

Déjà vingt-quatre heures après l'ingestion de la première dose, les battements cardiaques se ralentissaient tout en devenant plus énergiques. Le troisième ou le quatrième jour, la matité cardiaque diminuait; le nombre des pulsations diminuait considérablement, le pouls devenait plein et régulier; la quantité d'urines augmentait rapidement (le deuxième jour) et considérablement, en atteignant le maximum le troisième ou le quatrième jour. Les épanchements pleuraux ou péritonéaux diminuaient rapidement ainsi que le poids des malades.

La diminution de la stase veineuse dans les poumons avait pour résultat l'atténuation des phénomènes catarrhaux du côté des bronches; la toux et la dyspnée diminuaient.

L'auteur n'a jamais observé d'action fâcheuse sur les fonctions gastro-intestinales; il n'a pas constaté non plus d'action accumulative même dans les cas où le médicament était administré pendant dix jours de suite.

En terminant son travail, Grosdinsky dit que l'apocynum cannabinum est indiqué dans les cas où l'on administre ordinairement la digitale et surtout là où la digitale n'agit plus du tout.

B. Taft.

Maladies du système nerveux.

Dr R. Sémelaigne,
Ancien interne des hôpitaux.

Epilepsie jacksonienne traitée avec succès par la craniectomie, par Voisin et Péan. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — Un sujet de 17 ans, qui était atteint depuis l'âge de 4 ans d'attaques convulsives du côté gauche et dont l'intelligence avait à peu près disparu, fut confié par M. A. Voisin à M. Péan, qui lui fit au côté droit de la tête, au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, l'ablation d'un segment osseux de 11 centimètres de long sur 5 centimètres de large. La substance cérébrale

fut trouvée comme sclérosée. Depuis l'opération, deux ans et demi après, le jeune homme n'a eu que trois attaques, ses secousses ont disparu et l'intelligence s'est progressivement accrue ; il est donc permis d'espérer le maintien de ce résultat remarquable.

AUG. BENOIT.

Pathogénie et traitement de la chorée, par DRESCH. (*Journal des Praticiens*, 3 juillet 1897.) — Le Dr Dresch pense que la chorée reconnaît pour cause une auto-intoxication à laquelle viennent se surajouter des infections d'ailleurs variables. Il condamne les traitements symptomatiques en usage jusqu'ici, comme étant inefficaces ou dangereux : tels la strychnine, l'antipyrine, l'arsenic à hautes doses.

Voici d'ailleurs le traitement qu'il préconise : pendant la première période de la maladie séjour complet au lit, silence autour du malade et volets à peu près clos. Comme régime, le lait. Tous les jours, grands lavements d'eau tiède avec borate de soude.

En fait de médicament, le Dr Dresch prescrit le salicylate de soude qui exerce une action modératrice sur la substance grise du bulbe et de la moelle (Vulpian) et de plus favorise l'élimination des toxines par le rein (?). Enfin il emploie fréquemment les purgatifs (magnésie, calomel).

Dans les chorées très intenses, il emploie le bromure, le chloral, mais à titre temporaire et sans atteindre les hautes doses que l'on a préconisées.

Le séjour à la campagne comptète utilement le traitement à la période de déclin de la maladie.

G. LYON.

Traitement par le massage de la chorée. (*Revue russe de psychiatrie*, n° 4, 1897.) — Dans dix cas de chorée, chez des enfants âgés de 7 à 14 ans, FAPOROFF a appliqué le traitement par le massage et s'en est très bien trouvé. D'abord, le traitement consistait en légers frottements du tronc et des extrémités; ensuite, lorsque les malades devenaient moins agités, on employait la gymnastique passive sous forme de flexions et d'extensions des extrémités et de la tête. Le résultat du traitement se manifestait déjà au bout de trois à quatre jours; après une semaine, l'amélioration était manifeste. En outre du massage, on administrait à tous les malades des bains à 27° (Réaumur) et, à un certain nombre d'entre eux, du fer et de l'arsenic. L'action favorable du massage dans la chorée peut être expliquée, d'après l'auteur, par ce fait qu'il exerce une action calmante sur le système nerveux central et, en particulier, sur les centres moteurs de l'écorce cérébrale, ce qui détermine la diminution des impulsions centrifuges. On peut supposer que l'irritation des nerfs périphériques provoquée par le massage détermine dans ces derniers une série d'impulsions centripètes qui, en se rencontrant avec les impulsions centrifuges parties des cellules de l'écorce, les arrêtent dans une certaine mesure et contribuent ainsi à l'équilibre de l'activité cellulaire. Ceci concerne, bien entendu, les cas où la chorée est d'origine purement psychique. Dans les cas, au contraire, où l'on peut soupçonner une modification passagère du sang (comme, par exemple, dans les cas de chorée qui surviennent à la suite de maladies infectieuses), l'action favorable du massage peut être expliquée par l'amélioration de la circulation et des échanges organiques — deux fonctions étroitement liées — cette amélioration contribuant à l'élimination rapide des substances toxiques.

B. TAFT.

Traitement de la sclérodermie. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 12 août 1897.) — PHILIPPSON (de Hambourg) a réuni jusqu'à ce jour plusieurs observations de sclérodermie généralisée diffuse symétrique, dans lesquelles il a pu combattre avec succès les accidents cutanés par les préparations salicylées, et surtout par le salol; ce dernier, aux doses de 2 à 3 grammes par jour, ne modifie pas seulement l'état local, il fait en même temps disparaître les démangeaisons pénibles dont se plaignent ces malades.

Les rétractions tendineuses et musculaires, les raideurs articulaires que l'on retrouve dans tous les cas anciens, seront conjointement traitées par un massage bien dosé et prudent.

E. VOGT

Traitement de quelques maladies nerveuses par la trépidation. (*Revue russe de neurologie*, n° 4, 1897.) — TSCHIGAIEFF rapporte les résultats, par lui obtenus, dans la clinique du Pr Rechtereff. C'est dans la neurasthénie qu'on en a obtenu les meilleurs au point de vue de l'amélioration de l'état général, des forces et de quelques troubles fonctionnels.

Dans l'hystéro-épilepsie et dans la sclérose en plaques, la trépidation n'a pas déterminé d'amélioration véritable; l'état des malades atteints d'hystéro-épilepsie avait même quelque peu empiré. Dans un cas d'hypocondrie on a été obligé de suspendre le traitement, car il a provoqué chez le malade de l'agitation. Enfin, dans un cas de névrose traumatique, on n'a pu se prononcer définitivement sur la valeur de la trépidation au point de vue thérapeutique, parce que le traitement n'avait pas été suffisamment prolongé. L'auteur estime qu'on ne saurait formuler

un jugement définitif, en se basant sur un nombre de cas aussi restreint. Toutefois, il est permis d'affirmer que, dans bon nombre de cas de troubles fonctionnels, particulièrement dans la neurasthénie, ainsi que dans la faiblesse musculaire, la trépidation peut être d'utilité incontestable, même dans les cas où les autres méthodes de traitement s'étaient montrées inefficaces.

B. Taft.

Ophtalmologie.

Dr Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Traitement des kératites suppuratives, par le Dr Fromaget. (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, juillet 1897.) — Le traitement des kératites suppuratives, ulcères infectants, kératites à hypopion et kératite des moissonneurs, doit combattre : la cause de l'infection, la marche progressive de l'ulcère cornéen et les complications.

Il faut toujours inspecter l'état des voies lacrymales qui sont souvent un foyer générateur de microbes et peuvent infecter la cornée. Lorsqu'il y a de la suppuration du sac il faut détruire ce foyer par des injections abondantes avec le sublimé à 1 0/00, ou le cyanure d'hydrargyre à 3 0/00, ou mieux avec le nitrate d'argent à 1 0/0.

La cause de l'infection cornéenne peut être aussi une conjonctivite ou une blépharite chroniques et alors il faudra désinfecter les bords palpébraux et la conjonctive : nettoyages et frictions du bord ciliaire avec des solutions antiseptiques et grands lavages pour la conjonctive avec le cyanure Hg à 3 0/00 ou le formol à 4 0/00. Quant à l'ulcère, il faut également employer l'antisepsie : nettoyages, raclage du fond de l'ulcère. Lorsque la cornée est trop ramollie et n'offre pas une résistance suffisante, on remplacera le curettage par la cautérisation au thermo ou au galvano-cautère, préférable au curettage qui doit être réservé aux cas où l'ulcération est limitée.

Il faut toujours en tout cas maintenir l'asepsie de la région avec l'iodoforme en poudre, ou en pommade.

Enfin, le complément indispensable de toute médication consiste dans l'occlusion complète de l'œil, avec pansements répétés chaque jour, tant que la réparation ne commence pas à se faire.

Les complications sont : les perforations, les irido-choroïdites suppuratives avec panophtalmie.

Lorsque l'ulcère gagne en profondeur et que la cornée a des tendances à devenir staphylomateuse, il est urgent de pratiquer la paracentèse de la chambre antérieure, de façon à évacuer l'humeur aqueuse, à abaisser la tension de l'œil et à permettre une nutrition plus favorable de la cornée, ce qui facilite le travail de réparation. Ces paracentèses doivent être quelquefois renouvelées, lorsque l'hypertonie redevient menaçante.

L'auteur n'est pas partisan de la transfixion de l'ulcère ou opération de Sœmisch, à laquelle il reproche de favoriser par l'étendue de la plaie les enclavements irréductibles de l'iris qu'il s'agit surtout d'éviter.

Kopff.

De la suture conjonctivale en bourse contre les solutions de continuité de la cornée, par le Dr Rohmer. (*Revue médicale de l'Est*, juillet 1897.) — Le danger principal des plaies cornéennes ou scléroticales dans lesquelles s'engage l'iris, réside dans l'inflammation lente du cercle ciliaire (irido-cyclite) et dans la suppuration du globe survenant à un moment quelconque à partir de l'accident initial. En effet, au niveau de la cornée, la hernie de l'iris ne se trouve recouverte que d'un simple revêtement épithélial, très sujet à s'érailler et à servir de porte d'entrée à l'infection.

C'est pourquoi une plaque de revêtement empruntée à la conjonctive et comprenant toute son épaisseur, fait corps avec la cicatrice et constitue une protection bien plus efficace contre l'entrée des germes.

C'est M. Meyer qui a indiqué le premier le moyen de pratiquer de la sorte la protection des cicatrices vicieuses de l'œil contre l'infection externe. Il taille un lambeau conjonctival destiné à être jeté en écharpe par-dessus la cornée. Mais avec ce procédé, l'adhérence désirée ne se produit pas toujours et les sutures peuvent se déchirer.

M. de Wecker pour obvier à ces inconvénients, détache la conjonctive tout autour de la cornée jusque vers l'insertion des muscles droits, comme pour former une calotte; puis il suture soit par une suture en bourse, soit par des sutures verticales comprenant le tissu sous-conjonctival, selon le degré de compression qu'il s'agit d'exercer sur le globe. La cornée est ainsi recouverte en totalité et l'on fait porter le bandeau occlusif pendant huit à dix jours, jusqu'à ce que les fils se détachent spontanément. A ce moment la conjonctive est restée adhérente à la plaie cornéenne.

C'est ce dernier procédé que l'auteur a employé dans vingt-quatre cas différents. Il trouve son application dans des plaies récentes de la cornée, simples ou compliquées de hernie irienne irréductible, après excision de cette hernie; dans des synéchies anciennes, après avoir avivé la surface cornéenne; dans des staphylomes limités; dans des fistules cornéennes et dans des irido-cyclites à répétition provenant d'une infection par une cicatrice et enfin dans les cas de retard de cicatrisation après l'opération de la cataracte ou dans les hernies de l'iris consécutives à l'extraction à grand lambeau.

KOPFF.

Galvanisation dans les suppurations du globe oculaire. (*Wratsch*, n° 3, 1897.) — MARKOFF a recueilli dans la clinique du Pr Hirschmann plus de cent cas de suppuration du globe où l'on avait employé le courant galvanique, et l'impression générale qui se dégage de toutes ces observations est que dans tous les cas le courant galvanique a exercé une action favorable. On a employé la galvanisation principalement dans la suppuration de la chambre antérieure. Le traitement s'est montré le moins inefficace dans les altérations profondes de l'œil lorsque, par exemple, le pus avait pénétré profondément dans le corps vitré ou le corps ciliaire et aussi dans les panophtalmies, où il ne calmait que momentanément les douleurs et arrêtait pour un temps l'infection. Il s'est montré également quelquefois plus efficace dans les ulcérations phagédéniques, surtout s'il existait en même temps une lésion de la conjonctive, c'est-à-dire une source perpétuelle d'infection. Dans ces cas, il se produisait un phénomène très intéressant. L'hypopyon, ayant disparu après la galvanisation, reparaissait quelque temps après, pour disparaître de nouveau après de nouvelles séances. Cette alternative d'apparition et de disparition de l'hypopyon continuait jusqu'à ce que le courant galvanique prît le dessus ou bien jusqu'à ce que d'intenses douleurs ciliaires eussent forcé le médecin de recourir à la cautérisation de l'ulcère ou à la ponction. En revanche, dans les autres cas, la galvanisation donnait d'excellents résultats en provoquant une absorption excessivement rapide du pus de la chambre antérieure, en réduisant l'intervention chirurgicale à son minimum et en rendant la guérison plus rapide.

En ce qui concerne le côté technique du traitement voici les renseignements importants que donne l'auteur. On se servait du courant ascendant de 1 à 2 milliampères, suivant la sensibilité du malade, pendant cinq à dix minutes : les yeux étant fermés on y mettait l'anode, tandis que la cathode était placée sur la tempe, le cou, le thorax ou sur tout autre point du corps. Le courant était augmenté progressivement en commençant par 0,5 milliampères et en allant jusqu'à 2 et parfois jusqu'à 2 milliampères et demi.

Immédiatement après la séance on constatait ordinairement une hyperémie intense des deux paupières dans la région où avait été placée l'électrode et l'hyperémie du globe oculaire. La chambre antérieure, si, au début de la séance, elle contenait du pus, était toute remplie d'un liquide trouble composé de pus et d'humeur aqueuse; l'hypopyon disparaissait totalement ou diminuait considérablement. Les douleurs diminuaient notablement; le malade ressentait dans l'œil une sensation de chaleur agréable. Au bout d'un certain temps, le pus retombait au fond de la chambre antérieure, tout en étant diminué de quantité. La diminution de douleurs persistait, suivant les cas, de quinze minutes à une heure. Dans un certain nombre de cas, au bout de plusieurs séances les portions liquides du pus se résorbaient en laissant dans la partie inférieure de la chambre antérieure un caillot fibro-purulent. Dans ces cas, la galvanisation restait inefficace. On était obligé de ponctionner la cornée et d'enlever le caillot avec une pince, après quoi la guérison se faisait rapidement. La galvanisation était appliquée une fois en vingt-quatre heures. Le traitement durait de deux à quinze jours, suivant le caractère de la lésion et les particularités individuelles du malade.

La galvanisation a donné des résultats incontestablement satisfaisants dans tous les cas où il y avait du pus dans la chambre antérieure : inflammation traumatique, brûlures et abcès de la cornée, iritis suppurée, inflammation suppurée de la capsule du cristallin (après l'extraction), kératite neuroparalytique (avec nécrose de la cornée) et enfin dans toutes espèces d'ulcérations.

Signalons encore tout particulièrement l'action favorable de la galvanisation dans la kératite suppurée avec glaucome. On sait combien est rebelle cette kératite. Cependant, dans un cas de ce genre la galvanisation, après un certain nombre de séances amena la disparition du pus de la chambre antérieure. La tension oculaire n'avait pas été modifiée.

B. TAFT.

Etude sur la conjonctivite subaiguë, par le Dr BIARD. (*Thèse de Paris*, juin 1897.) — La conjonctivite subaiguë est une variété clinique spéciale, caractérisée par une hyperémie intense de la conjonctive palpébrale, due à un microbe spécial, le diplobacille de Morax. Cette

affection est fréquente, curable et n'est pas contagieuse. La sécrétion du matin n'existe pour ainsi dire pas et l'affection peut durer fort longtemps, les malades accusant une sensation de cuisson très intense le soir. Il n'y a pas de photophobie, ni de larmoiement, mais seulement dans l'angle interne un petit flocon de muco-pus. Le diplobacille n'existe pas sur la conjonctive saine, mais sa présence dans les fosses nasales paraît constante. Les caractères distinctifs de cette conjonctivite sont donc : l'état de la caroncule et de l'angle interne et l'intégrité relative de la conjonctive bulbaire.

L'origine de l'infection paraît à l'auteur devoir être attribuée : à une infection ascendante provenant des fosses nasales, ou à une contagion directe par les doigts du sujet ou par le mouchoir, portés du nez sur l'angle interne de l'œil.

Le traitement préconisé par l'auteur consiste en pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre à 1 ou 3 0/0, de préférence au collyre de sulfate de zinc qui lui paraît irritant. En quelques jours, avec l'oxyde jaune, la conjonctivite subaiguë prend la forme catarrhale, qu'on traite alors comme d'habitude.

KOPFF.

Essai sur le pronostic du glaucome primitif, par le Dr C. THOMAS. (*Thèse de Paris*, mai 1897.) — Jusqu'au moment de la découverte de de Græfe, il y a quarante ans, tout glaucomateux était condamné à la cécité.

La guérison de certains cas de glaucome par l'iridectomie est une chose merveilleuse; mais il ne faut pas s'en tenir là. Le glaucome, outre l'hypertension intra-oculaire, présente des tendances dystrophiques du côté du nerf optique, surtout dans le glaucome chronique et peu dans le glaucome aigu. Ce sont ces tendances à l'atrophie optique qui échappent à l'action curative de l'iridectomie, ainsi que le montrent les statistiques de l'auteur. Après avoir énuméré les divers procédés de thérapeutique médicale et chirurgicale du glaucome, il fait ressortir l'insuffisance relative du traitement actuel et la nécessité de chercher mieux encore.

KOPFF.

Traitement du glaucome malin. (*Przegląd Lekarski*, 10 et 17 juillet 1897.) — Passant en revue les différentes méthodes thérapeutiques préconisées dans le glaucome malin, SROTSCHINSKY parle avec éloges de la sclérotomie. On pratique très souvent dans le glaucome l'iridectomie; mais, dans la majorité des cas, cette opération donne des résultats déplorables. Pendant la période post-opératoire, ce qui frappe particulièrement, c'est l'absence de la chambre antérieure. En outre, dans ce cas, les veines ciliaires antérieures sont sinueuses et le globe oculaire prend une dureté de pierre. La vue diminue, et cette diminution est accompagnée d'intenses douleurs; des semaines et des mois se passent, et la chambre antérieure continue à être absente. De sorte que l'essence de la marche maligne du glaucome gît, non pas dans la lente cicatrisation de la plaie, mais dans ce fait que l'iridectomie non seulement ne diminue pas la pression intra-oculaire, mais, au contraire, l'augmente. On peut, en ce qui concerne le glaucome, répéter, d'après l'auteur, ce que Schmidt disait en 1875 : « Le traitement est évidemment inpuissant. »

Srotschinsky eut l'occasion de faire une sclérotomie dans les conditions suivantes. A la clinique ophtalmologique de Cracovie était entrée une vieille femme de 73 ans, atteinte d'affaiblissement de la vue de l'œil droit, et de perte complète de la vue de l'œil gauche. La vue de l'œil gauche = 0; celle de l'œil droit = 5/15. Le champ visuel pour la couleur blanche présentait les limites suivantes : en haut, 25°; en bas, 40°; en dedans, 50°; en dehors, 45°. La pression intra-oculaire paraissait normale; la pupille, dilatée régulièrement, réagissait normalement aux excitations. On fit le diagnostic suivant : glaucome simple de l'œil droit et glaucome chronique de l'œil gauche. L'iridectomie de l'œil gauche réussit. Au bout de huit jours, on fit l'iridectomie de l'œil droit. Pendant les jours suivants on observa les phénomènes suivants : larmoiement, absence complète de la chambre antérieure, augmentation de la pression intra-oculaire. On prescrivit deux injections de pilocarpine par jour. La tension du globe oculaire continuait à augmenter, tandis que la vue diminuait. Pour diminuer la pression intra-oculaire, l'auteur, après avoir anesthésié l'œil par du chlorhydrate de cocaïne, disséqua la conjonctive entre les muscles droit inférieur et interne, à la distance de 6 millimètres du bord de la cornée. Ensuite, avec le bistouri étroit de Graefe, il ponctionna la paroi du globe oculaire, sur une profondeur de 3 millimètres. Après avoir tourné le bistouri autour de l'axe, à un quart de cercle, il ouvrit la plaie : il s'écoula quelques gouttes de liquide aqueux jaunâtre, qui ne rappelait en rien le corps vitré liquéfié. On appliqua ensuite sur la conjonctive une suture avec de la soie très fine. Le globe oculaire devint immédiatement plus mou, et le lendemain les douleurs cessèrent.

Pour faire disparaître les adhérences postérieures formées à la suite des injections de pilocarpine, on administra l'atropine. L'état de la malade commença à s'améliorer progressivement,

de sorte que, sept jours après la sclérotomie, la vue était de 5/15 et la pression intra-oculaire normale. Le champ visuel s'est élargi de 10° dans toutes les directions. Comme l'a montré l'opération, la pression intra-oculaire augmentait à cause de l'exsudat, qui séparait le corps vitré des parois du globe oculaire. Cet exsudat supprimé, le cristallin recula en arrière, ce qui amena la reformation de la chambre antérieure et le rétablissement des fonctions physiologiques de l'espace de Fontana. C'est en se basant sur le cas que nous venons de résumer un peu longuement, vu son intérêt, que Srotschinsky conseille de recourir à la sclérotomie, d'autant plus qu'on a ordinairement affaire à des cas désespérés.

B. Taft.

De la cure radicale de la fistule lacrymale, par le Dr Jankelewitch. (*Thèse de Paris*, juillet 1897.) — L'auteur expose que pour les différentes espèces de fistules lacrymales, il n'existe qu'un seul traitement d'une efficacité certaine, c'est la cure radicale, qui consiste à ouvrir largement le trajet fistulaire *à ciel ouvert* (procédé de Panas), à le cautériser au thermo-cautère, laisser la plaie se cicatriser lentement en tamponnant le trajet.

Pour les autres traitements, l'auteur dit qu'on n'est jamais certain d'avoir détruit tout le trajet fistuleux, qu'on n'a pas sous les yeux, lorsqu'on ne pratique pas l'ouverture large de la paroi antérieure du sac.

Kopff.

Traitement de l'épiphora par la trépanation du sinus maxillaire, par le Dr Vandenbossche. (*Echo médical de Lyon*, mai 1897.) — A côté des méthodes de traitement employées en général contre l'épiphora, l'auteur propose un nouveau procédé consistant dans la trépanation du sinus maxillaire.

Lorsque les procédés usuels généralement employés ont échoué, quand l'oblitération est invétérée en un point du trajet et quand la cause de l'épiphora siège autre part que dans les voies excrétrices, l'auteur propose d'abord l'ablation de la glande lacrymale, portion palpébrale, qu'il réserve surtout pour les cas d'épiphora hypersécrétoire; puis il préconise la trépanation du sinus maxillaire, comme méthode de dérivation, analogue à la cystotomie sus-pubienne pour les rétrécissements uréthraux et à l'anus contre nature dans les cas d'obstruction intestinale. Le desideratum de ce procédé de dérivation lacrymale par la paroi orbitaire inférieure, c'est d'empêcher l'orifice ainsi formé de se fermer et de rendre permanente la fistule lacrymale. C'est ce qu'il y aura lieu de chercher à obtenir par une technique opératoire appropriée.

Kopff.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr Morel-Lavallée
Médecin des hôpitaux.

Six cas de lupus vulgaire traités par la nouvelle tuberculine de Koch. (*The British med. Journal*, 24 juillet 1897.) — Malcolm Morris et J. Whitfield ont reconnu, dans six cas de lupus, que les assertions de Koch au sujet de l'action locale n'avaient rien d'exagéré : ils ont constaté : 1° une diminution de la congestion des parties entourant le lupus; 2° le développement d'une dépression au centre des nodules, avec desquamation consécutive; 3° la guérison des surfaces ulcérées; 4° la disparition graduelle des œdèmes des lèvres, des oreilles, etc. Dans deux cas on obtint une disparition des nodules lupiques : dans les autres cas ces nodules se ratatinèrent. Dans un cas particulièrement tenace, le processus fut enrayé à partir du début du traitement.

Au moment où on arrive à injecter de fortes doses, on voit apparaître des accidents fébriles marqués, avec turgescence et inflammation de la lésion locale. Ces phénomènes cèdent rapidement, et tous les malades se sentent ensuite beaucoup mieux qu'avant la poussée fébrile. Les accidents sont tout à fait transitoires.

On ne peut parler de guérison complète et le temps seul permettra de voir si les améliorations si considérables obtenues resteront acquises.

Les auteurs terminent en recommandant la méthode dans tous les cas de lupus vulgaire, où l'état général du malade n'est pas gravement compromis. Quant à la question de l'immunité, ils croient que le problème est trop difficile pour pouvoir être dès maintenant résolu, dans quelque sens que ce soit.

E. Vogt.

Nouvelle méthode de traitement de l'acné. (*Archives d'électricité médicale*, n° 55, 1897.) — Bordier (de Lyon) traite l'acné ponctuée et l'acné pustuleuse par l'action du bain électrostatique et du souffle électrique. La machine doit être à grand débit (machine à deux cylindres concentriques en ébonite de d'Arsonval). Le malade reste quinze minutes sur le tabouret à pieds de verre, et la pointe à effluves est placée en avant de la face du malade.

Le sujet sur lequel a été essayé ce procédé avait été auparavant traité par l'électrolyse, mais le nombre des pustules ne diminuant guère, l'auteur se décida à agir sur la nutrition générale par le bain statique : au bout de quelques séances, l'amélioration apparaissait de plus en plus nette, la peau perdait son aspect huileux, et la guérison complète fut obtenue au bout de deux mois.

Les avantages du traitement sont évidents : absence complète de sensation douloureuse, de cicatrices. Il n'est guère possible d'invoquer ici, comme on ne le fait que trop souvent, l'influence de la suggestion. Les machines puissantes peuvent seules probablement atteindre un résultat aussi complet, car l'affection durait depuis six ans. L'explication de cette action curative doit sans doute être cherchée dans la régularisation de la nutrition générale, qui a permis aux glandes sébacées de mieux résister aux agents pathogènes.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie, par Albarran. (In *Annales gén.-ur.*, 1897, p. 785.) — Les tumeurs bénignes récidivent dans une proportion de 14 0/0 et les tumeurs malignes dans celle de 31 0/0, avec une mortalité opératoire de 6 0/0 pour les bénignes et 45 0/0 pour les malignes. Il faut avec Guyon distinguer les tumeurs cavitaires, plus chirurgicales, des tumeurs infiltrées.

Sur 29 opérations, Albarran a une mortalité globale de 20 0/0, nulle pour les papillomes dont aucun n'a récidivé (même après six ans et quatre mois). Pour les tumeurs malignes, il fait une résection plus ou moins large des parois de la vessie (avec ou sans résection de l'uretère et symphyséotomie). La récidive est plus à craindre ici, pourtant Albarran a des cas de survie longue (trois ans et quatre mois).

En somme l'intervention opératoire, excellente dans les tumeurs bénignes, peut dans les néoplasmes malins donner, en certains cas, des résultats immédiats et éloignés des plus encourageants.

E. Chevalier.

Traitement chirurgical de la tuberculose primitive du testicule, par S. Duplay (de Paris). (*Congrès de Moscou*, 1897.) — La castration précoce était, il y a peu de temps encore, le seul moyen connu de traiter les lésions testiculaires tuberculeuses graves. Les opérations moins radicales lui ont succédé dans ces dernières années. Le curettage suivi de la cautérisation ignée des foyers tuberculeux a été pratiqué par l'auteur pendant longtemps. Aujourd'hui il vient proposer une méthode qui lui paraît donner de meilleurs résultats pour la cure définitive : elle consiste dans l'extirpation quasi-néoplasique de ces foyers, suivie de réunion. On sépare au bistouri les parties malades des parties saines sans se préoccuper des tissus que l'on traverse, en poursuivant aussi les trajets fistuleux, s'il en existe. On évite la résection du canal déférent, si ce conduit paraît sain. On réunit ensuite au catgut fin la tunique albuginée et on suture la peau.

Aug Benoit.

Cystite ancienne rebelle ; taille hypogastrique ; curettage vésical ; guérison, par Motz. (In *Annales gén.-ur.*, 1897, p. 835.) — L'intérêt de cette observation est surtout dans ce fait que pour pratiquer la taille hypogastrique, le Pr Guyon, qui opérait la malade, se servit d'une sonde en gomme, dont l'extrémité est disposée de telle sorte qu'elle se dilate sous la pression du liquide injecté de façon à former un ballon capable de contenir une centaine de grammes de liquide (ampoule de caoutchouc comme certaines cornemuses de jouets d'enfants). La vessie, intolérante, ne gardait aucun liquide, il était impossible de la garnir, et pour l'inciser plus sûrement lorsqu'elle fut découverte, le Pr Guyon fit injecter dans la sonde ampoule, une certaine quantité de liquide qui souleva les parois de la vessie et en fit un globe artificiellement distendu qui permit de l'inciser facilement.

E. Chevalier.

Traitement abortif de la blennorrhagie aiguë masculine par les pansements intra-urétraux combinés avec les lavages antiseptiques de l'urètre, par le Dr Boureau (de Paris). (*Congrès de Moscou*, 1897.) — La méthode des pansements intra-urétraux dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, enraye l'écoulement dans les vingt-quatre heures, quand elle est appliquée dès l'origine de cet écoulement ; il ne reste plus qu'à maintenir la *guérison apparente* pendant quelques jours à l'aide de lavages antiseptiques de la portion pénienne du canal pour la transformer en guérison définitive. Un pansement intra-urétral, que l'auteur a imaginé en 1891,

et qu'il a appelé urétro-mèche, est fait en coton : il est souple et on l'introduit dans le canal à l'aide d'un mandrin souple également. L'urétro-mèche peut être enduit de toutes les compositions médicamenteuses : celle que M. Boureau préconise est une pommade au sublimé au millième.

De 1892 au mois de mai 1897, il a traité par la méthode abortive 93 malades. Sur ces 93 malades il a obtenu 73 guérisons définitives, après huit à douze jours de traitement ; 10 insuccès relatifs, puisque la guérison a été obtenue après un traitement d'un mois à deux mois et demi ; enfin 10 insuccès complets. De ces derniers il faut en retrancher 3, les malades ayant abandonné le traitement le deuxième et le cinquième jour. En réalité, il y a eu 7 échecs sur 93 cas, soit un peu moins de 8 0/0.

Après les précautions antiseptiques d'usage, on introduit le pansement, préalablement enduit de pommade au sublimé ; on laisse pendre au dehors le fil du pansement ; on recouvre le méat d'un morceau de coton hydrophile et l'on ramène le prépuce par-dessus ; chez les circoncis, on place le gland dans une espèce de sac fixé à un suspensoir. Ce pansement doit être gardé de trois à sept heures, selon l'époque de l'intervention après l'infection ; il doit être expulsé par l'urine et non arraché.

Il n'y a plus qu'à maintenir la guérison pendant une huitaine de jours, en faisant d'abord un lavage toutes les douze heures, puis un seul par vingt-quatre heures, au sublimé, de la *région pénienne*. La surveillance des malades ne doit être supprimée qu'après la reprise complète des anciennes habitudes.

Les lavages doivent être faits avec une sonde Nélaton n° 10. Il faut s'entourer de toutes les précautions pour que le liquide ne pénètre pas dans la vessie. C'est pour avoir négligé plusieurs fois de prendre ces précautions que l'auteur a eu les insuccès signalés ci-dessus.

M. Boureau se déclare l'ennemi formel des lavages vésicaux, faits pendant la période aiguë de la blennorrhagie ; il les accuse de déterminer souvent des blennorrhagies chroniques très tenaces, souvent incurables.

R. Blondel.

Intervention chirurgicale dans la lithiase rénale. (*Wratsch*, n° 31, 1897.) — Lesine rapporte un cas d'une femme de 60 ans qui souffrait depuis longtemps d'intenses douleurs dans la région lombaire droite. L'examen permit de faire le diagnostic d'un rein suppuré. La néphrotomie donna issue à une grande quantité de pus ; dans le bassinet, fort distendu, on trouva un calcul pesant 80 grammes, on trouva en outre d'autres calculs dans le rein même. Les bords de la plaie rénale furent suturés à la peau. La malade finit par se rétablir et, deux mois et demi après l'opération, elle n'avait conservé qu'une fistule dans la région lombaire, d'où s'écoulait une petite quantité de pus.

B. Taft.

Obstétrique.

Dr L. Démelin
Accoucheur des hôpitaux.

Les vomissements incoercibles des femmes enceintes ; leur guérison rapide, par le Dr Jules Geoffroy (de Paris). (*XIIe Congrès international de médecine*, Moscou, 19-26 août 1897.) — Appliquant la méthode de la *palpation prolongée* du tube digestif à l'examen des femmes grosses, atteintes de vomissements incoercibles, M. le Dr Jules Geoffroy (de Paris) est arrivé à constater que ces vomissements étaient dus à une contracture réflexe du tube digestif, pylore, duodénum, mais plus particulièrement de l'angle ilio-pelvien du côlon.

La contracture du pylore et du duodénum étant elle-même secondaire et résultant de celle de l'angle ilio-pelvien du côlon, c'est sur ce dernier point qu'il faut agir.

La *palpation prolongée*, qui permet de reconnaître cet état d'hyperesthésie et de contracture, en constitue aussi le traitement ; son action est certaine et rapide. En une, deux ou trois séances très courtes, elle calme l'hyperesthésie, fait cesser la contracture. La disparition de ces phénomènes entraîne celle des vomissements dont ils étaient la cause et la guérison s'établit ainsi rapidement. L'auteur rapporte plusieurs observations concluantes à l'appui de sa découverte.

R. Blondel.

Rétention des membranes au point de vue thérapeutique. (*Gazette de Botkine*, nos 6-15, 1897.) — Dans un article très détaillé, Michnoff traite cette question si importante de rétention des membranes et, en se basant sur ses observations personnelles, formule les conclusions suivantes :

1° L'extraction immédiate des membranes par l'introduction de la main dans la cavité utérine, constitue une opération absolument inutile et désagréable, sous bien des rapports. Si, pendant l'accouchement, on a pris toutes les précautions aseptiques, il n'est nullement nécessaire d'enlever les membranes immédiatement ; il faut plutôt pratiquer l'expectation. On n'aura re-

cours à l'extraction immédiate que lorsqu'on aura affaire à une parturiente incontestablement infectée ;

2° Si les membranes se sont déchirées, de telle façon qu'une partie se trouve dans le vagin, on pourra essayer, immédiatement après l'accouchement, de les extraire, en saisissant la portion vaginale avec deux doigts. Cette extraction est surtout désirable dans les cas où l'on aura à faire une suture du périnée ;

3° Si les membranes n'ont pas été expulsées spontanément, pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, il faudra les extraire — s'il y a indication — autant que possible le septième jour. L'expectation ou bien les mesures purement palliatives, comme les injections, sont insuffisantes dans ce cas ;

4° Si les membranes n'ont pas été expulsées et qu'il n'y ait pas d'indication à leur extraction du côté de l'état local et de l'état général de la parturiente, on peut, la première semaine passée, agir de deux façons, selon qu'il est resté dans la cavité utérine de grandes ou de petites portions de membranes. Si la portion retenue est petite et qu'on n'ait pas de raison de craindre des complications, on peut ne pas intervenir. Si, au contraire, il y a dans la cavité utérine une grande partie de membranes, il faut les extraire sept jours environ après l'accouchement, même s'il n'y a aucune indication à intervenir. Cette extraction devra être pratiquée surtout dans les cas où la malade ne restera pas sous la surveillance du médecin.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Sur les injections sous-cutanées de sels de quinine et l'influence de l'antypirine sur le chlorhydrate de quinine. (*Deutsche me'. Wochenschrift*, n° 36, 1897.) — Santesson, professeur de pharmacologie à Stockholm, rappelle que Laveran a utilisé avec succès l'antipyrine pour rendre facilement soluble et analgésique une solution de chlorhydrate de quinine; voici la formule utilisée au Val-de-Grâce.

Chlorhydrate de quinine..	3	grammes.
Antipyrine.....	2	—
Eau distillée.....	6	—

Deux seringues de Pravaz de cette solution ont été injectées par jour dans la plupart des cas : la méthode a été depuis expérimentée avec succès en Algérie.

Santesson a été frappé par le fait suivant, que le chlorhydrate neutre, dont la solubilité dans l'eau ne dépasse pas 3 0/0, atteint une solubilité de 50 0/0 en présence de l'antipyrine, et que la solution d'antipyrine à 50 0/0, qui provoque en injections hypodermiques de fortes douleurs, devient indolore quand on l'additionne de chlorhydrate de quinine. On constate d'autre part qu'en mélangeant à sec les deux substances et en les chauffant au bain-marie, il se produit une fusion, donnant naissance à une masse transparente qui devient cristalline par le refroidissement. Il y a donc lieu d'admettre qu'on se trouve en présence non pas d'un simple *mélange*, mais bien d'une *combinaison chimique*, sur laquelle l'auteur attire l'attention des physiologistes et des chimistes.

En l'administrant par voie stomacale, il semblerait qu'on provoque une décomposition du composé nouveau, qui est alors mal supporté et agit avec une intensité beaucoup plus grande que par voie sous-cutanée. On observe dans ce cas à la fois les effets toxiques de l'antipyrine (exanthèmes, œdèmes, etc.) et ceux de la quinine, à l'exception des bourdonnements d'oreilles. Rien de pareil n'a été constaté avec des doses beaucoup plus élevées en injections hypodermiques.

E. Vogt.

Le traumatol, par le Dr Tisox. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — Le traumatol, obtenu par le Dr Krauss, en faisant réagir l'iode sur le crésylol avec de l'iodo-crésine, c'est-à-dire, du crésylol dans lequel un atome d'iode s'est substitué à un atome d'hydrogène du noyau central, c'est une poudre violette, de faible odeur iodée, nulle dans la pratique, insoluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme, trop peu soluble dans les huiles grasses pour servir de véhicule. Sa densité est trois fois moindre que celles de l'iodoforme : d'où économie dans son emploi.

Les expériences de culture de microbes pathogènes en contact avec le traumatol en ont empêché la multiplication. Ce médicament peut et doit remplacer l'iodoforme, dont il n'a pas l'odeur pénétrante et diffusible. Les chirurgiens obtiendront de son emploi les meilleurs résultats. Il convient dans les ulcères cutanés (variqueux et autres), les affections cutanées, eczéma, echtyma, etc.

A l'intérieur il rend les plus grands services dans tous les cas où il faut faire de l'antisepsie intestinale (diarrhée, dysenterie, fièvre typhoïde, etc.). On l'emploie pour combattre la

tuberculose, etc. La dose est de 8 centigrammes par jour en quatre pilules. On peut en donner plus. Selon M. Tison, ce médicament, supérieur à l'iodoforme, peut et doit le remplacer.

R. Blondel.

L'endosmose électrique en thérapeutique. (*Centralblatt f. d. ges. Therapie*, septembre 1897.) — Mac Weiss (de Vienne) après un historique de la question, rappelle qu'avec la baignoire de Gaertner on arrive à faire absorber du sublimé par cataphorèse, sans risque d'intoxication et avec grand succès dans les cas de syphilis érosives et ulcéreuses avec cachexie spécifique.

Ehrmann a traité par endosmose électrique les folliculites de la barbe et le sycosis parasitaire, au moyen d'appareils rappelant les ventouses en verre, que l'on remplit d'ouate imbibée du médicament qu'il s'agit de faire pénétrer dans la profondeur du derme. La partie ouverte de la ventouse ainsi remplie s'applique sur la peau : on fait alors passer un courant de 15 à 20 milliampères. L'ichtyol en solution de 20 à 30 0/0, s'est surtout montré efficace à la cathode chez les malades traités par ce procédé.

Tout récemment, un dentiste (Marcus, de Francfort) a adopté la cataphorèse au moyen de gaïacol et de cocaïne pour anesthésier la gencive ou la pulpe dentaire (intensité 0,2 à 4 milliampères). Au bout de sept minutes, il obtient une anesthésie de dix à quinze minutes de durée. On se servira de préférence d'iodhydrate de cocaïne. L'intensité sera toujours faible, car l'appareil nerveux des dents est extrêmement sensible à l'électricité.

L'auteur énumère encore quelques autres applications de l'endosmose électrique à la thérapeutique : les indications sont limitées. Si le médicament à incorporer est très énergique, si la voie stomacale est impraticable, on pourra se servir de la méthode. On utilisera davantage, à l'avenir, l'action de transport de sels médicamenteux, d'un pôle à l'autre, à travers les tissus, dans les cas de goutte, d'arthrites circonscrites, etc. Les deux électrodes seront chargées de substance médicamenteuse, on renversera le courant toutes les trois minutes : en cas de syphilis, la baignoire de Gaertner sera préférable.

E. Vogt.

Les thermes et stations sanitaires de la Roumanie. (*Deutsche méd. Wochenschrift*, n° 36, 1897.) — Le Pr Leyden a fait à la Société de médecine interne de Berlin, au retour d'un voyage en Roumanie, une conférence sur les stations balnéaires et autres de ce pays.

Le climat de la Roumanie est plutôt insalubre : le froid de l'hiver, les chaleurs de l'été sont intolérables, de nombreux marécages entretiennent la malaria, aussi la mortalité est-elle élevée. Il existe heureusement, sur les contreforts des Carpathes, de nombreuses stations et villes d'eaux : parmi ces dernières, *Slanic* est la plus importante : elle correspond à Vichy, cette eau s'exporte sur une large échelle. Cette station présente à considérer en outre une source chlorurée sodique et une source iodurée.

Gavora possède des sources fort importantes, chlorurées, iodurées et sulfureuses, *Calimanesti* des sources sulfureuses très fortes, *Caciulata* une source alcaline lithinée : cette dernière était préférée à toutes les eaux analogues par Napoléon III. *Strunga*, présente une grande variété de sources, *Baltzatesti* des sources chlorurées sodiques et magnésiennes plus spécialement utilisées par les scrofuleux.

On s'explique, en présence d'une telle richesse thermale, que les Roumains ne fréquentent guère les stations des pays voisins.

Les eaux mères de salines et les bains de boue sont avantageusement représentées à *Liacul-Sarat* près Braïla, ainsi qu'à *Tekir-Giol*.

Comme bain de mer, *Constanza*, sur la mer Noire, à l'extrémité d'un pont de 15 kilomètres qui franchit le delta du Danube, est un séjour charmant et très fréquenté.

Parmi les stations d'altitude, on remarque *Sinaïa* (700 mètres), magnifiquement située et pourvue de tout le confort désirable, *Campina*, *Bicaz*, etc.

En résumé, la Roumanie présente une richesse remarquable de stations de toute espèce, aujourd'hui encore insuffisamment connues du monde médical.

E. Vogt.

Action du lactate de strontium. (*Wratsch*, n° 29, 1897.) — Bronowsky s'est proposé d'étudier l'action du lactate de strontium, cliniquement et expérimentalement. Voici d'abord les recherches cliniques. L'auteur a administré le lactate de strontium : dans quatre cas de néphrite parenchymateuse aiguë, dans six cas de néphrite chronique mixte, dont trois étaient compliqués d'une lésion cardiaque (l'auteur n'indique pas laquelle), dans un cas de néphrite avec coliques rénales, dans un cas de néphrite interstitielle secondaire, et dans un cas de néphrite interstitielle primitive. Tous les malades atteints de néphrite parenchymateuse aiguë, ont quitté l'hôpital, considérablement améliorés ; on a également obtenu une amélioration chez le malade atteint de néphrite interstitielle primitive. En ce qui concerne la néphrite chronique mixte, amélioration dans trois cas (deux cardiaques et

un atteint de coliques néphrétiques), pas d'amélioration dans un cas; mort dans deux cas, où l'inflammation rénale s'était compliquée : dans un cas de rétrécissement et d'insuffisance de l'aorte, dans l'autre, d'emphysème pulmonaire. Enfin, un autre cas s'était terminé également par la mort (il s'agissait de néphrite mixte, compliquée d'emphysème intense).

Passant ensuite à la partie expérimentale du travail, l'auteur a fait des expériences sur sept lapins et dix chiens : le lactate de strontium était introduit sous forme d'injections intra-veineuses. Toutes ces recherches amènent Bronowsky à formuler les conclusions suivantes :

1° Sous l'influence du lactate de strontium, la pression sanguine, loin d'augmenter, diminue;

2° Le pouls, qui devient d'abord plus rare, redevient fréquent avec l'augmentation des doses; la respiration reste accélérée pendant toute la durée de l'expérience;

3° Une grande quantité de lactate de strontium (plus de 1 gramme pour 14 kilogrammes d'animal) irrite les reins; avec l'augmentation progressive des doses, l'urine devient sanguinolente, ce qui peut s'expliquer par l'hyperémie excessive des reins ou par l'action destructive du lactate de strontium sur les parois des vaisseaux rénaux;

4° Dans certaines formes de la maladie de Bright, le lactate de strontium exerce une action diurétique inconstestable, en même temps qu'il diminue la quantité de l'albumine. L'action diurétique dépend, très probablement, de la dilatation des vaisseaux rénaux, cette dilatation se produisant par l'intermédiaire des nerfs rénaux et vaso-moteurs;

5° Le lactate de strontium ne paraît pas avoir d'action directe sur l'épithélium rénal.

B. Taft.

Bière ferrugineuse. (*Przeglad Lekarski*, juin 1897.) — Jaworski (de Cracovie) préconise une boisson diététique particulière : la bière ferrugineuse. Cette bière est de deux sortes : forte et faible. La bière forte contient 64 centigrammes de fer par litre; la bière faible 31 centigrammes. Cette bière a sur les autres boissons ferrugineuses, les avantages suivants : Le goût amer de la bière dissimule le goût astringent du fer : une dose de bière ferrugineuse contient 8 à 18 centigrammes de fer, c'est-à-dire la quantité contenue dans la dose habituellement prescrite de lactate ou de carbonate de fer. En outre, le fer de la bière ferrugineuse se trouve dans de bonnes conditions d'absorption. Tout d'abord, le fer se trouve en présence d'acide carbonique et d'alcool, qui rendent bien plus absorbables les substances contenues dans les voies digestives. En outre, le fer, dans la bière ferrugineuse, est uni aux corps organiques, notamment aux acides malique et lactique, à la maltose, etc., substances qui s'absorbent facilement dans l'estomac. La bière ferrugineuse représente, d'après Jaworsky, non seulement un agent thérapeutique, mais aussi un aliment. Ainsi, un litre de bière ferrugineuse donne 625 calories, tandis qu'un litre de lait n'en donne que 610.

La bière ferrugineuse ne provoque ni troubles gastriques, ni constipation. Après l'usage de cette bière pendant quelques jours, la quantité d'hémoglobine et de globules rouges augmente (l'auteur nous promet de rapporter dans une publication ultérieure les observations d'anémiques et de chlorotiques traitées par la bière ferrugineuse). Quant à la quantité, l'auteur prescrit un verre par repas. Il faut commencer par la bière faible; lorsque le malade y sera habitué, on passera à la bière forte, et l'on arrivera progressivement à la dose de un demi à trois quarts de litre par jour. B. Taft.

FORMULAIRE

Contre le prurit sénile.

1° *A l'intérieur :*

Bromure de sodium.....	8	grammes.
Iodure de sodium.....	4	—
Salicylate de soude.....	8	—
Acétate de soude.....	4	—
Infusion de gentiane.....	60	—

F. s. a. Prendre une cuillerée à café de cette solution, dans de l'eau, une heure après chaque repas.

2° *Extérieurement :*

a) Solution de sublimé à 1/2000.

Lotions le soir; laisser sécher sans essuyer.

b) Pommade :

Gaïacol.....	6	grammes.
Acide salicylique	2	grammes.
Menthol	60	centigr.
Lanoline.....	30	—

Usage externe.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Petites mésaventures du Grand Congrès. — Les journaux commencent à nous faire connaître les divers incidents qui ont marqué le côté en quelque sorte pittoresque du Congrès. Plusieurs journaux ont laissé percer le bruit des discussions qui se sont produites au sein de la délégation française et qui ont été pour le moins regrettables, sans parler de ceux, plus regrettables encore, que l'on dit être survenus entre congressistes français, transportant jusqu'en pays neutre, pays ami, même leurs tristes haines de classes professionnelles. Notre amour du fonctionnarisme est tel que nous ne pouvons plus accepter un travail scientifique comme ayant quelque valeur, sans nous assurer au préalable que l'auteur appartient bien aux catégories officiellement chargées d'avoir du talent. Ces mœurs nous sont propres, malheureusement, et le reste de l'Europe les ignore encore jusqu'ici : chez nous, nous y sommes faits, par habitude, veulerie, ou dégoût du scandale, à une époque où il n'y en a eu que trop. A l'étranger, dans ces réunions internationales, les choses se voient sous leur vrai jour, et l'accueil fait à certains de nos compatriotes, connus au dehors par leurs travaux, n'a que trop souvent provoqué le triste spectacle de récriminations jalouses.

Dans une autre note, le *British Medical Journal* raconte, d'après le *Daily Telegraph*, qu'un congressiste anglais, M. Cooper Pattin, directeur sanitaire de la circonscription de Norwich, a été conduit au poste, d'où il ne put être tiré qu'au bout de plusieurs heures, grâce à l'intervention du bureau du Congrès : le malheureux, grand amateur de curiosités et d'antiquités, ayant une heure à perdre, s'était mis à dessiner quelques objets qui l'intéressaient. Il fut aussitôt appréhendé au corps et conduit au poste comme espion *allemand* (!). Qu'eût-ce été si le Congrès n'avait pas été international ?

Les projets de l'administration. — Le Conseil de surveillance vient d'être saisi du rapport de M. Peyron en ce qui concerne les établissements hospitaliers et dès qu'il l'aura examiné et modifié s'il y a lieu, le Conseil municipal sera appelé, à son tour, à le discuter et à voter les fonds nécessaires.

Le rapport de M. Peyron n'expose que les besoins urgents des hôpitaux et hospices; il est muet sur les secours à domicile et sur les œuvres d'initiative privée.

Les travaux sont classés en deux catégories : 1° constructions neuves; 2° réparations et constructions remises à neuf.

Parmi les travaux de la première catégorie, le rapport prévoit la construction d'un nouveau grand hôpital sur la rive droite, sans déterminer dans quel quartier il pourrait être élevé. L'hôpital de la Pitié construit sous Louis XIII, pour « renfermer des pauvres et des mendiants » et non des malades, est dans un état déplorable; il devra être reconstruit entièrement ou réduit, de telle façon qu'un second petit hôpital puisse être construit, pour le compléter, sur un point quelconque de la capitale. Il faudra reconstruire également l'hôpital Broussais. Elevé en 1883, en six semaines, pour une épidémie de choléra, il est bâti en bois et en briques; or, même les Américains, qui ont été les promoteurs des hôpitaux en bois, ne sont plus aujourd'hui partisans de pareilles constructions; l'hôpital Broussais devra donc être refait en pierre. Il en va de même de l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, également construit en bois; mais, ici, on se heurte à une difficulté d'un nouveau genre; le terrain sur lequel s'élève cet hôpital appartient à l'administration militaire et cette administration n'autorise point à le remplacer par des constructions permanentes, en pierres; or, comme cet hôpital est réservé aux maladies contagieuses, les communes auxquelles des offres ont été faites, s'opposent à son transfert sur leur territoire.

Le département de la Seine a acheté des terrains à Moisselles (Seine-et-Oise), pour l'établissement d'une école de réforme d'enfants assistés. Depuis lors, le département a abandonné ce projet; l'administration voudrait lui acheter ces terrains, pour la construction d'un hospice de vieillards. A Brévannes (Seine-et-Oise), elle possède à côté de l'hospice, des terrains fort étendus; elle voudrait y élever de nouveaux pa-

villons, également à l'usage des vieillards. Pour les vieillards enfin qui peuvent payer une petite pension annuelle, on désirerait agrandir la maison de retraite La Rochefoucauld, avenue d'Orléans, maison devenue notoirement insuffisante.

Pour les enfants, on construit en ce moment deux hôpitaux, qui remplaceront l'hôpital Trousseau : l'un est situé à proximité de l'avenue Daumesnil ; l'autre, derrière le cimetière Montmartre. Peut-être dédoublera-t-on l'hôpital d'enfants malades, connu sous le nom d' « Hôpital de l'Enfant-Jésus » et situé rue de Sèvres. Enfin, l'hôpital maritime d'Hendaye (Basses-Pyrénées) est en voie de construction.

Quant aux réparations, il n'est pas un seul de nos hôpitaux ou de nos hospices qui n'en réclame de façon urgente de très importantes. La plupart des bâtiments tombent littéralement en ruines ; et comment pourrait-il en être autrement, lorsqu'il n'existe point, dit le rapport, de crédits suffisants pour remédier à cet état de choses ? De plus, dans tous ces établissements sans exception, il y a beaucoup à faire pour l'introduction du système du « tout-à-l'égout » et de l'éclairage électrique, pour la réfection des façades, l'amélioration des dortoirs des infirmiers, etc.

Le total des dépenses estimées dans le projet de M. Peyron s'élève à 53 millions environ, soit 10,352,600 francs pour les hôpitaux, 6,560,000 francs pour les hospices, 7,519,000 francs pour les enfants, 6,986,000 francs pour la tuberculose, 21,492,000 francs pour les réparations et reconstruction. Dans l'estimation de ces chiffres, l'administration de l'Assistance publique a tenu, d'ailleurs, à procéder avec la plus stricte économie. En effet, si la dépense des travaux en cours, et pour lesquels les fonds sont d'ores et déjà acquis, et celle des travaux non en cours, ni même pas encore définitivement décidés, mais dont les fonds pourraient être immédiatement réalisés par l'administration grâce à la vente de titres de rente, atteignent approximativement le chiffre de 16 millions de francs, il reste 38 millions de francs à trouver ; et ils ne peuvent guère être obtenus que grâce à un emprunt. Quand cet emprunt sera-t-il fait ? C'est là l'X redoutable de la question. (*Revue médicale.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la blennorrhagie, par le Dr Delefosse. (Paris 1897.) — Le traitement de la blennorrhagie est une des questions les plus actuelles. Nombreuses ont été et sont encore les publications sur ce sujet depuis la découverte du gonocoque de Neisser. Les études des gynécologues et des vénériens ont montré tout le danger du contage blennorrhagien chronique pour la femme, et avec la question « syphilis et mariage » se pose de plus en plus celle « blennorrhagie et mariage ».

L'importance du traitement de la blennorrhagie n'est donc pas à discuter, et l'auteur en a passé en revue les diverses méthodes. La blennorrhagie chez l'homme occupe la plus grande partie de l'ouvrage : blennorrhagie aiguë, avec la discussion du traitement abortif, des méthodes de Janet ; traitement de la blennorrhagie déclarée ; méthodes d'injection, de lavage sans sonde, avec sonde, etc. ; usage du permanganate de potasse, du nitrate d'argent, etc., y sont bien exposées. La blennorrhagie chronique occupe une bonne part de l'ouvrage et le traitement en est bien discuté ; puis le traitement général ; vient ensuite la blennorrhagie chez la femme. Enfin l'auteur donne un formulaire pratique des médicaments nouvellement employés dans la blennorrhagie.

Ce livre est écrit par un homme qui non seulement a beaucoup lu, mais a beaucoup pratiqué. C'est donc en complète connaissance de cause que l'auteur y discute et critique les diverses méthodes, et son livre, écrit au point de vue de la pratique, sera lu avec profit et avec intérêt.

E. Chevalier.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'utilisation des étangs pour la pisciculture. — Une Société vient de se fonder, dont le but nous a paru intéressant à signaler à ceux de nos confrères qui habitent la campagne et possèdent dans leurs propriétés des étangs ou des cours d'eau, en général inutilisés. Il s'agit de l'art d'élever des truites et de s'en faire, comme autrefois des lapins, quelques mille livres de rente. Seulement ici l'entreprise est sérieuse, menée par des personnalités compétentes et laborieuses. Comme, après tout, la Société ne demande pas d'argent aux propriétaires des étangs, mais leur offre d'en pratiquer l'exploitation à ses risques et périls, en ne leur réservant que des bénéfices, nous ne voyons qu'avantage pour ceux de nos lecteurs que cette question intéresse, à les mettre au courant des propositions que cette Société a faites à beaucoup de propriétaires de France.

Depuis plusieurs années, dit en effet la Société, l'attention des propriétaires possédant des étangs ou des cours d'eau, a été vivement sollicitée par les naturalistes qui ont cherché à leur prouver tout le parti qu'il était possible de tirer de l'exploitation bien comprise de ces eaux.

Plusieurs établissements de pisciculture, les uns de leur propre initiative, les autres avec le secours de l'Etat, ont été créés, pour l'élevage des salmonidés, sur différents points du territoire français; mais, jusqu'à ce jour, les expériences tentées ne paraissaient pas être sorties du domaine de la théorie.

Les meilleurs résultats obtenus consistaient à faire naître, dans un laboratoire, un nombre, toujours considérable, d'alevins qui étaient déversés dans les cours d'eau avec l'intention de faire la fortune des pêcheurs à la ligne, mais en réalité, au seul profit des brochets et autres pêcheurs... en eau trouble qui ont dû, à cette générosité inattendue de leur ennemi naturel, plus d'un succulent festin.

L'Etablissement de pisciculture de Bessemont s'est, avec persévérance, lancé dans une voie plus pratique, et, depuis plus d'un an, des truites provenant de l'élevage de cet Etablissement ont été amenées vivantes sur le marché de Paris.

Il est donc permis, aujourd'hui, de considérer comme un fait acquis la possibilité d'élever la truite dans des eaux fermées, et d'apporter ces truites, vivantes, jusqu'à un centre quelconque de consommation.

S'appuyant sur les résultats obtenus, résultats qui se sont montrés supérieurs à toutes les prévisions les plus optimistes, l'Etablissement de Bessemont a pris l'initiative de la création d'une Société d'exploitation : *les Pisciculteurs de France*, qui est actuellement en voie de formation.

Il s'agit, maintenant, de réunir un certain nombre de propriétaires qui passeront un traité avec ladite Société.

Les bases principales de ce traité seront les suivantes :

La Société prend à sa charge :

Les frais d'aménagement des étangs;

Les frais d'empoissonnement en truites;

Les frais de nourriture;

Les frais de transport et les risques de route jusqu'à Paris.

Aucune dépense ne sera donc demandée aux propriétaires qui ne prendront d'autre engagement que de partager, avec la Société, les produits pêchés chaque année; les propriétaires seront, en outre, affranchis de l'énorme difficulté, existant pour eux, de la vente du poisson produit en grande quantité; cette vente, en effet, sera centralisée, par les soins de la Société, dans les dépôts qui seront créés par elle à Paris, en prenant ainsi directement contact avec le consommateur.

Les calculs qui ont été faits, en prenant pour base les résultats acquis à Bessemont pendant plusieurs années d'expériences, établissent que tout propriétaire, pouvant disposer d'une surface d'étangs de quelques hectares, avec un renouvellement d'eau assez rapide pour maintenir la pureté

de ces eaux, pourrait retirer, chaque année, pour la part lui revenant, un produit net de plus de 30,000 francs. La preuve de cette affirmation ressort d'une étude très complète qui a servi de point de départ à la constitution de la Société en formation.

Ceux de nos lecteurs que cette question intéresse, n'auront qu'à se mettre en rapport directement avec le directeur de l'Etablissement piscicole de Bessemont, M. de Marcillac, à Bessemont, par Villers-Cotterets (Aisne).

Coloration des cachets azymes pharmaceutiques. — Depuis quelques années, l'usage de préparer certains médicaments, dans des cachets azymes, s'est beaucoup propagé. C'est à ce point que, pour un grand nombre de substances médicamenteuses, les fabricants de produits pharmaceutiques livrent aujourd'hui aux pharmaciens les cachets tout préparés, avec les doses le plus généralement prescrites. Divers moyens ont été employés pour permettre de distinguer ces cachets les uns des autres. Les uns portent simplement une inscription au charbon indiquant le médicament, les autres se distinguent par la coloration de leur substance.

Peut-il y avoir un danger quelconque à l'emploi de pareils cachets? Telle est la question que s'est posée le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine.

M. Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, a été chargé de la résoudre. Après avoir examiné un certain nombre de cachets prélevés par le laboratoire municipal, il estime qu'aucune des matières colorantes employées n'est vénéneuse. Ceux qui sont colorés en rose à la fuchsine pourraient seuls donner lieu à quelques doutes, si la fuchsine a été préparée au moyen de l'acide arsénique. Mais aux doses employées, il ne peut y avoir aucun danger. Le savant rapporteur du Conseil pense qu'il serait bon toutefois de recommander aux fabricants de n'employer que de la fuchsine obtenue autrement que par ce procédé, notamment par le procédé Coupier, ou au moyen de la nitro-benzine.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS LANDOUZY ET LÉPINE

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR F. TERRIER

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'opération du ptosis.

Par le Dr Péchin,

Oculiste de la Polyclinique Rothschild.

Il faut croire que les diverses méthodes auxquelles on a eu recours pour relever la paupière dans les cas de ptosis congénital ou paralytique ont laissé bien des mécomptes malgré les succès affirmés par leurs auteurs, et je n'en veux pour preuve que les nouveaux procédés récemment préconisés. Et si les procédés peuvent varier indéfiniment, il n'en sera pas de même des méthodes qui, réduites à quatre à l'heure actuelle, ne me semblent pas devoir jamais dépasser ce nombre. Les simplistes, sans grand effort d'imagination et surtout sans soucis de la physiologie ont enlevé un lambeau de peau de la paupière, ablation cutanée accompagnée ou non de l'excision de fibres de l'orbiculaire. Cette méthode n'a pas donné de succès; elle est peu encourageante et il est regrettable que le grand nom de de Graefe y soit attaché. Peut-être a-t-elle été suivie de résultats satisfaisants lorsque la chute de la paupière était due à un excès de poids des tissus ou à une action exagérée de l'orbiculaire. Or cette étiologie du ptosis est rare et par conséquent cette méthode de traitement peu usitée. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, cette méthode est condamnée lorsqu'on songe à la facilité avec laquelle la peau du front descendra et fournira du tissu à la paupière. C'est pour avoir compris cela que d'autres auteurs mieux avisés, plus physiologistes, ont attaqué le squelette de la paupière en le raccourcissant, raccourcissement portant sur le muscle orbito-palpébral (Bowmann, Eversbusch) ou à la fois sur le tendon du releveur et le tarse (Gillet de Grandmont). Dans cette méthode il y a un progrès indéniable et j'ai vu autrefois, en 1891, des malades très heureusement opérés par Gillet de Grandmont d'après cette méthode de résection tarso-musculaire. Vient ensuite en un *crescendo* scientifique la méthode de substitution de l'action du muscle frontal à l'action du releveur; c'est là la méthode physiologique par excellence puisqu'il s'agit de substitution d'action musculaire, excellence contre laquelle luttera avantageusement, à moins qu'elle ne se borne à rivaliser avec elle, une autre méthode qui procède également de la notion de suppléance musculaire, je veux dire la méthode de substitution du droit supérieur au releveur de la paupière sur laquelle deux de nos éminents collègues, MM. Parinaud et Motais, viennent tout récemment d'appeler l'attention. Les procédés d'applications de cette méthode de substitution du frontal au releveur sont nombreux, car on conçoit facilement qu'il y ait plusieurs moyens d'établir une connexion entre la paupière et le muscle frontal. On doit rendre justice à Hunt (de Manchester) en le déclarant le père de cette méthode si féconde dans ses résultats; cet auteur disséquait la peau de la paupière d'une commissure à l'autre et formait ainsi un lambeau qu'il ramenait sous le muscle frontal. C'est ce procédé qu'a perfectionné M. le Pr Panas. Cet auteur taille dans la paupière un lambeau en forme de raquette dont le manche assez large passe sous un pont sourcilier

pour aller s'unir par trois points de suture avec le frontal. Ce procédé a donné d'excellents résultats entre les mains d'éminents praticiens tant en France qu'à l'étranger, et M. Fuchs (de Vienne), dont l'autorité est grande, n'hésite pas à s'en déclarer satisfait : « L'opération de Panas, dit-il, est celle qui m'a donné les meilleurs résultats » (in *Manuel d'ophtalmologie*, Vienne, 1891); il a donc acquis ses lettres de grande naturalisation. On a reproché à ce procédé d'être d'une technique difficile et de laisser des plis disgracieux; or, j'estime qu'il y a quelque injustice à se montrer ainsi exigeant envers un procédé qui a su concilier les données de la physiologie avec l'habilité chirurgicale; c'est pourquoi nous ferons bien de le tenir comme bon en attendant mieux.

Les modifications apportées au procédé de M. Panas sont multiples et plusieurs d'entre elles méritent d'être signalées. M. C. Hess (de Leipzig) fait une longue incision dans le sourcil, détache la peau du muscle orbiculaire jusqu'au bord palpébral, suspend ce lambeau par trois anses de fil qu'il place au milieu de son bord supérieur et conduit ces fils sous la peau du front à 1 ou 2 centimètres de l'incision, il les fait ensuite sortir pour les lier sur des rouleaux de diachylum. En somme, M. Hess établit une connexion entre la paupière et le muscle frontal par une nappe cicatricielle qui s'étend à toute la paupière. (Société d'ophtalmologie de Heidelberg, session de 1893.)

M. J. Oscroft Tansley (de New-York) (in *Transactions of the Americain ophtalmological Society*, 1896, p. 427) a appliqué le procédé de Panas en le modifiant d'une façon qui mérite également d'attirer l'attention. Cet auteur taille un lambeau cutané rectangulaire ayant la hauteur de la paupière et une largeur d'environ 5 millimètres, lambeau qu'il détache de haut en bas jusqu'à quelques millimètres du bord libre; cela fait, il taille un second lambeau en forme de croissant qu'il circonscrit d'une part avec une incision supérieure à concavité inférieure et parallèle à la limite supérieure du tarse, et, d'autre part, avec une autre incision qui longe le bord palpébral. Ce lambeau cutané est enlevé avec les fibres orbiculaires sous-jacentes. Le reste de l'opération se termine comme dans le procédé de Panas, le premier lambeau est introduit sous un pont sourcilier pour être fixé au muscle frontal. On conçoit que l'ablation du second lambeau musculo-cutané aide au relèvement de la paupière en même temps qu'elle empêche la formation de plis cutanés.

A enregistrer aussi la tentative qu'a faite M. Pergens (*Klinische Monatsb. für Augenheil.*, janvier 1894) : pour remédier à ces plis que laisse le procédé de Panas, il pratique une incision de la peau de la paupière supérieure, commençant de part et d'autre à 3 millimètres au-dessus du bord libre et longeant le bord inférieur de l'arcade sourcilière, détache du périoste la peau qui porte le sourcil, fixe sous le lambeau sourcilier la partie supérieure du lambeau palpébral attirée en haut par trois anses de fil qui sortent au-dessus du sourcil et enfin pratique une seconde incision de la peau de la paupière ayant les mêmes points de départ que la première incision, et cette fois étant dirigée parallèlement au bord libre de cette paupière. En d'autres termes, M. Pergens transpose deux lambeaux, il fait descendre un lambeau sourcilier entre le bord libre de la paupière et le bord inférieur du lambeau palpébral qui, lui, remonte pour aller s'unir avec le frontal. M. Pergens assure qu'il a obtenu par cette modification d'heureux résultats tant fonctionnels qu'esthétiques. C'est donc à essayer.

A côté de ceux qui ont pensé à élever la peau par des procédés chirurgicaux pour la porter vers le muscle frontal et l'y fixer se rangent ceux qui ont également voulu établir la même connexion afin d'établir la substitution du frontal au releveur, mais, qu'on me passe l'expression, en travaillant sous la peau. C'est le procédé des fils établissant des traînées cicatricielles, rétractiles, suspensives. Ce travail de mineur a ses avantages de facilité,

mais aussi ses inconvénients d'incertitude et je ne parle que de l'opération de Dransart et des sutures sous-cutanées de H. Pagenstecher pour passer absolument sous silence les sutures sus-cutanées de ce dernier, sutures qui déforment la paupière, la rendent colobomateuse, boursouflée et paraissant être le siège de gros chalazions. Pareil résultat esthétique paie trop chèrement la guérison du ptosis dont le malade ne se félicitera qu'avec beaucoup de réserve et pas du tout d'enthousiasme. M. Dransart soulève la paupière en tirant avec ses fils sur le tarse; avec ses sutures sous-cutanées, M. H. Pagenstecher tire sur la peau du bord libre, mais peu importe le point d'attache des sutures, le résultat est le même dans les deux procédés. Dans les *Annales d'oculistique* (t. XXXVIII, p. 29) M. de Wecker décrit une nouvelle opération du ptosis qui porte son nom. Ce procédé de de Wecker consiste dans deux sutures palpébro-frontales à anse sus-cutanée combinée avec la résection d'un lambeau ovalaire comprenant la peau et le muscle orbiculaire ou bien n'intéressant que le muscle seul. Or, aujourd'hui M. de Wecker s'abstient de faire un lambeau quelconque, il le juge inutile et place seulement deux sutures. Mais alors ce procédé n'est autre que celui de H. Pagenstecher. Y a-t-il dans le placement des sutures un *modus faciendi* tel que les deux procédés, basés sur la même méthode, puissent être différenciés? Je ne le pense pas. Et, en effet, M. de Wecker place une anse de fil à 4 millimètres du bord de la paupière, fil dont les deux chefs sont conduits par deux aiguilles différentes jusqu'au-dessus du sourcil. En bas les points de pénétration sont distants de 5 à 6 millimètres; en haut les points de sortie conservent la même distance, les fils ont gardé leur parallélisme. Deux sutures pareilles sont placées. M. Pagenstecher introduit son aiguille sous la peau de la paupière au voisinage du bord ciliaire, en la conduisant parallèlement à ce bord et en la faisant ressortir à une distance de 1 ou 2 millimètres. Dans ce point de sortie il introduit de nouveau la même aiguille qui va conduire le fil jusqu'au-dessus du sourcil. Une autre aiguille qui pénètre par le point d'entrée de la première aiguille conduit l'autre chef du fil également au-dessus du sourcil et ressort par le point de sortie fait précédemment. En serrant progressivement chaque jour, on coupe les tissus et il s'établit un cordon cicatriciel sous-cutané entre le muscle frontal et la paupière. Dira-t-on que les deux procédés diffèrent parce que les fils sont placés sous une forme rectangulaire dans l'un (de Wecker) et losangique allongée dans l'autre (Pagenstecher)? Nullement. Alors les deux procédés se ressemblent et je ne vois pas pourquoi M. de Wecker a appelé son procédé une *nouvelle* opération.

La critique de ce procédé des sutures sous-cutanées est trop connue pour que je la fasse à nouveau. Incertitude dans le degré d'élévation que pourra atteindre une cicatrice qui se forme à son gré, danger de suppuration, resserrement des fils souvent répété, tout a été dit; néanmoins tout en acceptant le bien fondé de ces critiques, je crois qu'on les a exagérées. Aucune méthode, aucun procédé ne peut se prévaloir de rendre mathématiquement à la paupière le degré voulu d'élévation. La moindre incorrection n'est-elle pas toujours visible et persistante, alors qu'une surcorrection pourra disparaître avec le temps, avec l'élongation due au fonctionnement des tissus? Pas plus là que dans le strabisme on ne peut parler de dosage et autant que dans le strabisme il faut compter avec les mouvements physiologiques, avec l'effort naturel de l'organe qui tend constamment à reprendre son jeu. L'asepsie des fils, des aiguilles et de la peau diminuera la suppuration si elle ne la supprime pas. L'ennui du resserrement des fils pourra être facilement évité en remplaçant ces fils par une anse galvanique ou comme l'a proposé M. Gayet (*Société française d'ophtalmologie*, 1891, p. 84) par des fils de platine passés avec l'aiguille de Marion-Sims et rendus incandescents avec une pile. Et encore y a-t-il lieu de se demander

si le mode de formation du tissu cicatriciel, son degré de rétractilité, et partant le résultat opératoire seront analogues dans le cas de sutures avec les fils, c'est-à-dire dans le cas d'établissement du tissu cicatriciel en plusieurs temps et dans le cas où ce tissu sera créé en un seul temps.

Ce procédé des sutures sous-cutanées, ainsi allégé des critiques qui pesaient sur lui, ne nous paraît plus autant mériter le discrédit dans lequel on a voulu le faire tomber et il est juste de reconnaître qu'il a donné de bons résultats. J'ai employé ce procédé plusieurs fois et je n'ai eu qu'à m'en louer. Pourtant j'ai eu dernièrement un insuccès ou mieux un demi-succès chez une malade atteinte de ptosis complet et consécutif à l'ablation de la glande lacrymale orbitaire. J'ajoute en passant que cette dernière opération avait été pratiquée par un de nos collègues les plus justement réputés, ce qui prouve que cette ablation peut se compliquer d'un pareil accident opératoire, si l'on n'y veille avec la plus grande attention. Chez cette malade je m'étais servi de fil trop fin et je n'avais pas dès le début serré assez fortement les sutures. Les fils doivent être gros, comme le gros fil de chanvre, et leur striction doit être dès le premier jour très énergique.

Tout récemment M. A. Darier (*Ann. d'ocul.*, août 1897, p. 93) vient de faire connaître un nouveau procédé qui relève de la méthode de substitution du frontal au releveur. Au lieu d'établir la connexion par du tissu cicatriciel en nappe ou en trainées, il a imaginé de se servir du muscle orbiculaire. Pour ce faire, il excise au niveau du bord palpébral un lambeau de peau ayant la longueur de ce bord et une hauteur d'environ 3 millimètres; il découpe ensuite deux minces languettes du muscle orbiculaire qu'il laisse tout d'abord adhérer à leur base, puis les redresse en haut pour les faire passer sous un pont de peau qui a pour limite en bas l'incision palpébrale et en haut une seconde incision de 2 centimètres pratiquée au niveau du sourcil. Enfin il détache à leur base ces deux languettes musculaires pour les suturer au cartilage tarse et à la lèvre inférieure de l'incision palpébrale. L'idée de recourir à du muscle de préférence à du tissu cicatriciel, pour rétablir le mouvement fonctionnel de la paupière est d'un bon esprit, d'une excellente intention; mais dans le cas actuel je ne trouve pas cette idée rationnelle. La mise en pratique de cette idée a été suivie d'un excellent résultat dans *un* cas. Soit. Ce résultat peut s'expliquer sans légitimer forcément le procédé. M. Darier le dit lui-même, il a pensé *utiliser les propriétés physiologiques du muscle.* Je comprends l'action physiologique du muscle frontal qui supplée le releveur, je comprends l'action physiologique du muscle droit supérieur qui supplée également le releveur dans le procédé Parinaud-Motais dont je parlerai tout à l'heure, mais j'avoue ne pas comprendre du tout l'action physiologique de deux languettes musculaires très minces, très longues et coupées à leurs deux extrémités, doublement coupées chirurgicalement et physiologiquement, car ce n'est certainement pas par ces extrémités suturées que pourront arriver des vaisseaux nourriciers. Ces languettes privées de vaisseaux et de nerfs, bien qu'on puisse admettre la possibilité de la production de nouveaux cylindres-axes à travers le tissu cicatriciel (*Régénération des nerfs sectionnés*, in *Précis d'histologie*, par le Pr Mathias Duval, Paris, 1897, p. 838), ces deux languettes ne vivront pas et entre autres preuves, je rappellerai que les hétéroplasties des paupières faites avec de très larges lambeaux de peau donnent des résultats déplorables. Et les languettes musculaires de Darier, coupées à leurs extrémités, ne sont plus que des lambeaux hétéroplastiques musculaires, mais comparables aux lambeaux cutanés. Or ces beaux lambeaux cutanés qui donnent *dès le début* de magnifiques succès de restauration de paupières se sphacèlent ou disparaissent à la longue par intussusception, obligeant l'opérateur à une nouvelle inter-

vention. Mon honorable collègue a obtenu un excellent résultat par son procédé; j'accepte, mais je lui demanderai s'il n'est pas vraisemblable que ce succès soit dû à ce que le pont cutané sous lequel il a attiré ses fibres musculaires a créé une nappe de tissu cicatriciel, qu'il a élevé la paupière avec ses languettes de muscle comme il l'aurait fait avec des fils, et alors ce procédé, à mon sens, est un procédé à sutures sous-cutanées purement et simplement, avec non seulement des traînées cicatricielles comme en font les fils seuls (Pagenstecher), mais avec une nappe cicatricielle formée par le décollement de la peau (Dransart, C. Hess) et en outre l'ablation d'un lambeau musculo-cutané (de Graefe). Et je me refuse à admettre une action musculaire physiologique à ces deux languettes qui une fois séparées du muscle orbiculaire ont perdu irrémédiablement les fonctions qui leur étaient dévolues et ne peuvent que dégénérer, s'atrophier ou même se sphacéler. Et pour nier leur action physiologique je me fonde plutôt sur la dégénérescence de ces fibres de l'orbiculaire que sur la différenciation acceptée entre l'innervation de l'orbiculaire et celle du releveur, car d'après les expériences de Mendel, les fibres du nerf facial innervant l'orbiculaire proviendraient des noyaux de l'oculomoteur commun. Et puisque le résultat est le même dans les deux procédés, je préfère comme beaucoup plus simple les sutures de Pagenstecher avec ou non la résection d'un lambeau musculo-cutané. Une méthode vraiment chirurgicale, vraiment physiologique est celle que M. Motais nous communiquait à la Société française d'Ophtalmologie dans la session de mai 1897. M. Motais considère que la méthode d'opération du ptosis qui consiste à substituer le muscle frontal au releveur ne peut donner de bons résultats que dans les cas assez rares où le muscle frontal est très développé; dans les autres cas, dit-il, les mouvements de relèvement de la paupière restent très limités et peu appréciables. La communauté d'origine, de direction, d'enveloppes aponévrotiques, la même source d'innervation font très bien ressortir la synergie fonctionnelle de ces deux muscles; aussi peut-on admettre théoriquement que les deux élévateurs sont admirablement disposés pour se suppléer réciproquement. M. Motais, après expériences sur le cadavre, a mis en pratique sa théorie, il a opéré un malade d'après sa méthode et voici comment il termine l'exposé de son opération : « Les résultats de cette première opération sont donc des plus probants. Ils sont absolument conformes aux prévisions assises sur des considérations très précises et nettement formulées d'avance. Ce procédé est issu, en effet, tout entier et de toutes pièces d'études anatomiques et physiologiques sérieusement mûries. » Dans la même session du Congrès d'ophtalmologie M. Parinaud exposait son procédé qui ne diffère pas sensiblement de celui de M. Motais. Pour la technique de ces procédés je renvoie le lecteur aux *Bulletins et Mémoires de la Société d'ophtalmologie* (1897) ou aux *Annales d'oculistique* de juillet de la même année.

De cet exposé des diverses méthodes de traitement opératoire du ptosis, que peut-on conclure sinon que malgré les résultats satisfaisants revendiqués par chacune d'elles, on n'est pas à l'abri d'échecs et que le plus grand discernement doit être apporté au choix de la méthode à employer en s'inspirant de l'étiologie du ptosis. Dans les cas d'absence, de faiblesse congénitale, d'amyotrophie ou de paralysie du releveur, le procédé du Pr Panas ou ses dérivés me paraissent indiqués. Dans tous les autres cas, il y a lieu de recourir à l'ablation d'un lambeau tarso-musculaire (Gillet de Grandmont, Bowmann, Eversbusch) ou aux sutures sous-cutanées de Pagenstecher-Dransart. Quant à l'opération de Motais-Parinaud, l'avenir décidera; en tout cas elle est pleine de promesses.

Les théories nouvelles sur la gastrosuccorrhée « ou maladie de Reichmann » et son traitement.

(*Suite.*)

Par le Dr Gaston Lyon,

Ancien Chef de clinique médicale à la Faculté,
Médecin assistant de la Consultation de médecine à l'Hôpital Saint-Antoine.

II

LA THÉORIE DE LA STÉNOSE PYLORIQUE

M. Hayem, dans ses leçons sur la médication antidyspeptique (1893), s'était déjà séparé de la plupart des auteurs qui ont été mentionnés précédemment, en refusant de voir dans la gastrosuccorrhée autre chose qu'un signe contingent pouvant s'observer au cours des divers types de dyspepsie admis par lui, c'est-à-dire pouvant aussi bien compliquer l'hypopepsie que l'hyperpepsie, bien qu'elle soit plus fréquente chez les hyperpeptiques.

Il n'est pas possible, disait-il, de faire de l'hypersécrétion résiduelle, pas plus que de tout autre symptôme considéré isolément, la caractéristique d'une maladie particulière de l'estomac.

D'ailleurs il contestait la valeur du procédé employé par Reichmann pour montrer l'existence de la sécrétion en l'absence de toute excitation produite par les résidus alimentaires, c'est-à-dire du lavage de l'estomac pratiqué la veille au soir. Suivant M. Hayem, le fait seul de l'introduction de la sonde, de son séjour dans l'estomac pendant le temps nécessaire au lavage est une cause puissante d'excitation sécrétoire; il est d'avis que l'on ne peut admettre l'existence d'une sécrétion à jeun, dans le sens strict du mot, mais qu'il faut plutôt considérer la gastrosuccorrhée comme une hypersécrétion résiduelle.

Quoi qu'il en soit, cette hypersécrétion résiduelle ou cette gastrosuccorrhée, M. Hayem déclarait qu'elle ne devait pas être confondue avec l'évacuation imparfaite de l'estomac due à une sténose pylorique. Plus tard, il n'admit plus qu'une seule variété d'hypersécrétion, celle qui est liée à un obstacle mécanique à l'évacuation de l'estomac.

Le 18 mai 1897, M. Hayem a fait à l'Académie de médecine une communication tendant à faire prévaloir la théorie de la sténose. Chez tous les malades qui ont présenté les signes de la maladie de Reichmann et qui ont succombé, M. Hayem a constamment trouvé, au niveau ou dans le voisinage du pylore, un obstacle mécanique. De même,

chez les malades de cette catégorie qui ont survécu après l'opération de la gastro-entérostomie, on a pu reconnaître au cours de l'opération diverses causes d'obstacle au passage des aliments de l'estomac dans le duodénum; les causes de rétrécissement incomplet du pylore sont intrinsèques (ulcère ou cancer avec périgastrite de voisinage) ou extrinsèques (affection des voies biliaires ou du duodédum). M. Hayem distingue la sténose incomplète pylorique ou portant sur la partie du duodénum voisine du pylore et la sténose incomplète sous-pylorique siégeant sur un des points de l'anse duodénale, au delà de l'ampoule de Vater.

Peut-on, dans la pratique, distinguer l'une de l'autre ces deux variétés de sténose? Assez facilement, suivant M. Hayem, qui les différencie surtout d'après l'apparence et la composition du liquide résiduel : dans le cas de sténose pylorique le liquide retiré le matin à jeun est une bouillie abondante et souillée de débris d'aliments facilement reconnaissables, se rapportant parfois à des aliments déglutis plusieurs jours auparavant. Au contraire, dans le cas de sténose sous-pylorique le liquide résiduel est peu abondant, il tient en suspension des débris d'aliments assez ténus pour n'être reconnus qu'au microscope. L'une et l'autre forme de sténose sont d'ailleurs extrêmement graves; elles rendent l'existence très pénible, elles déterminent un état de dénutrition qui ouvre fréquemment la porte à la tuberculose secondaire.

On conçoit aisément qu'en raison de son origine mécanique la maladie résiste à tous les traitements; sans doute un régime alimentaire très sévère et le lavage de l'estomac peuvent soulager les malades; mais il n'existe qu'un traitement curatif, celui qui permet de lever l'obstacle, c'est-à-dire le traitement chirurgical qui consiste dans la gastro-entérostomie.

A la séance de l'Académie qui a suivi celle où M. Hayem fit sa communication, M. Albert Robin revint sur la question; il rappela que les sténoses sous-pyloriques ont déjà été étudiées à plusieurs reprises par Cahn, Boas, Hochhaus, etc., ces derniers auteurs ayant insisté sur le reflux biliaire dans l'estomac. Il admet, comme M. Hayem, que la maladie de Reichmann est due à un obstacle pylorique ou sous pylorique, mais où M. Hayem voit toujours un obstacle mécanique, M. Robin pense qu'il existe le plus souvent un obstacle fonctionnel, c'est-à-dire d'abord un spasme et plus tard une contracture du pylore; il rappelle que la contracture spasmodique a été constatée plusieurs fois chez le vivant au cours d'opérations pratiquées sur l'estomac : ainsi M. Doyen, dans 61 interventions pratiquées sur l'estomac pour des affections gastriques non cancéreuses, a observé 15 cas de sténose vraie et 46 cas de contracture simple du pylore avec dilatation de l'estomac; le spasme serait donc trois fois plus fréquent que la sténose. M. Albert Robin, à l'appui de son opinion, invoque encore ce fait qu'un certain nombre de malades guérissent complètement par un traitement purement médical, contrairement à ce que prétend M. Hayem.

La divergence d'opinion entre les deux auteurs que nous venons de citer va plus loin : en effet, tandis que M. Hayem fait de l'hypersécrétion une conséquence de la sténose pylorique ou sous-pylorique, M. Albert Robin pense au contraire que l'hypersécrétion est primitive et le spasme secondaire. En somme, M. Albert Robin reste fidèle à la doctrine de l'hypersécrétion et il se borne à mettre la dilatation de l'estomac qui est habituelle, sur le compte d'un spasme permanent de l'anneau pylorique. Ce spasme serait provoqué par le contact de l'excès d'acide chlorhydrique libre qui se produit chez les hyperchlorhydriques (hypersthéniques de M. Albert Robin).

De son côté M. Debove est d'avis que M. Hayem est trop exclusif; tout en admettant l'existence dans certains cas d'un rétrécissement pylorique ou sous- pylorique, il pense qu'il existe une catégorie de malades chez qui la gastrosuccorrhée est primitive et peut persister seule, sans complication et sans être accompagnée de sténose pylorique ou sous-pylorique.

Dans un très intéressant travail publié par la *Semaine médicale* (n° 24, p. 269, 21 juillet 1897), MM. Carle et Fantino cherchent à élucider la question encore pendante des causes de la rétention gastrique, en s'appuyant sur une statistique de 84 cas d'affections stomacales opérées par l'un d'eux (Carle) à l'hôpital Mauriziano, de Turin.

Sur ces 84 cas, ils ne prennent en considération que 41 cas dans lesquels, en l'absence de tout néoplasme malin, il y avait rétention des matières alimentaires dans l'estomac avec toutes les conséquences habituelles de cet état morbide.

Laissant de côté les sténoses sous-pyloriques, on peut affirmer, disent-ils, que la rétention gastrique ne dépend que de trois ordres de causes, qui sont : un obstacle intrinsèque ou extrinsèque siégeant au pylore, l'atonie de la tunique musculaire et le spasme du pylore.

« Il est évident que les sujets qui présentent de la rétention permanente sans intervention d'aucune cause appartenant aux deux premières catégories, doivent être considérés comme étant atteints de spasme permanent ou de contracture du pylore. Or, parmi nos opérés nous en comptons 9 chez lesquels l'existence de la contracture peut être admise avec une certaine vraisemblance. Ce sont des individus qui avaient une grande quantité de liquide résiduel dans l'estomac, même le matin à jeun, et chez lesquels au cours de l'intervention on n'a pas trouvé de rétrécissement véritable. Dans ces cas, on ne pouvait invoquer l'atonie comme cause de la rétention, attendu que l'estomac se contractait violemment — et d'une façon visible à travers les parois abdominales — à chaque irritation mécanique ou chimique (palpation, ingestion d'aliments), et qu'il avait la force de rejeter les matières vomies jusqu'à 1 mètre de distance; en outre, les parois de cet organe, comme on pouvait s'en convaincre pendant l'opération, étaient notablement hypertrophiées et il n'existait aucune trace de rétrécissement sous-pylorique. Pour toutes ces raisons la rétention ne pouvait être attribuée qu'à un spasme permanent du pylore. »

Quelle est la cause de ce spasme?

Dans un cas de Carle et Fantino, chez un sujet qui à la suite d'ingestion d'acide azotique avait présenté pendant plusieurs mois des vomissements incessants, on constata au cours de l'opération, non pas un rétrécissement cicatriciel du pylore, comme on pouvait légitimement s'y attendre, mais un spasme de cet anneau provoqué lui-même par une cicatrice siégeant sur la paroi antérieure de l'intestin et siégeant à 3 ou 4 centimètres du pylore. Dans ce cas la rétention dépendait bien d'un spasme et celui-ci était dû à son tour à la gastrite toxique. Dans la majorité des cas on ne peut, à la vérité, relever une cause aussi manifeste du spasme, ce qui explique pourquoi les cliniciens ont attribué jusqu'ici à l'hyperchlorhydrie un rôle exclusif dans sa pathogénie. L'hypothèse était d'autant plus plausible que l'on peut voir cesser le spasme chez les hyperchlorhydriques, si l'on neutralise l'excès d'acide par les alcalins; expérimentalement d'ailleurs Ewald et Boas, Von Pfungen et Ulmann ont montré qu'une forte acidité (2,5 0/00) détermine le spasme du pylore et empêche par conséquent l'évacuation du contenu de l'estomac.

Le fait paraît incontestable, aussi n'avait-on pas songé à se demander jusqu'ici si ce spasme qui paraît bien dépendre de l'hyperchlorhydrie, ne peut pas à son tour être pri-

mitif, ou tout au moins dépendre d'altérations encore indéterminées et s'il ne peut pas secondairement engendrer l'hyperchlorhydrie par suite de l'irritation de la muqueuse que provoque l'irritation gastrique. L'examen du chimisme stomacal sur les malades opérés pour sténose bénigne du pylore permettrait de résoudre la question. Sur 41 malades opérés par Carle, 20 présentaient, avant l'intervention, une hyperchlorhydrie plus ou moins accentuée. En éliminant de ce nombre 2 malades qui n'ont pu être suivis, il en reste 18 qui ont été soumis à un examen minutieux avant et après l'intervention. Or, dans 17 de ces cas, l'hyperchlorhydrie a cessé définitivement à partir du moment où l'obstacle à la progression des aliments a été levé, et elle n'a persisté que dans un seul cas, où l'estomac ne parvenait pas à se vider même après l'opération. « Si l'hyperchlorhydrie était une affection primitive autonome, ce résultat si constant et si absolu de l'intervention opératoire eût été inexplicable. » (Carle et Fantino.)

Les auteurs que nous venons de citer admettent que dans les cas abandonnés à eux-mêmes, la cause du spasme pylorique continuant à agir et le spasme s'aggravant encore du fait de l'hyperchlorhydrie, il se développe des altérations anatomiques qui aboutissent fatalement à une véritable sténose fibreuse; ainsi s'expliqueraient les cas observés par Doyen, par Carle et Fantino, de véritables rétrécissements annulaires avec hyperplasie de toutes les tuniques du pylore et sans aucune trace d'un processus ulcératif à marche progressive; ainsi s'expliqueraient « pourquoi les formes graves de l'hyperchlorhydrie, celles qui revêtent souvent les caractères de la gastrosuccorrhée, se rencontrent de préférence chez des sujets porteurs de sténoses pyloriques fibreuses qui ne représentent autre chose que la période ultime de l'affection. Cette manière de voir permet d'expliquer les divergences d'opinion qui existent entre MM. Robin et Hayem relativement à la curabilité de la gastrosuccorrhée. Le premier a en vue non seulement les rétrécissements fibreux, mais encore les sténoses spasmodiques, d'où cette conclusion que nombre de cas de gastrosuccorrhée sont susceptibles de guérir par un traitement purement médical. Le second se fonde sur l'étude microscopique et sur les faits constatés au cours d'opérations, c'est-à-dire qu'il n'envisage que les cas où l'affection avait parcouru toutes les périodes de son évolution. On comprend que, d'après la théorie de M. Hayem, la gastrosuccorrhée continue dépende toujours d'un obstacle mécanique et ne soit justiciable que de l'intervention opératoire. » (Carle et Fantino.)

En somme, il paraît résulter clairement de l'exposé fort net des auteurs italiens que les formes particulièrement graves et rebelles d'hyperchlorhydrie avec gastrosuccorrhée sont presque toujours associées à un rétrécissement fibreux insurmontable.

Deux observations citées par eux sont particulièrement significatives à cet égard : l'une concerne un malade chez qui un grand nombre de médecins distingués avaient admis l'existence de la gastrosuccorrhée et qui avait été soumis sans aucun résultat à tous les moyens de traitement préconisés jusqu'ici. On fit la gastro-entérostomie et le malade guérit parfaitement; or, au cours de l'opération on constata une sténose fibreuse du pylore avec péripylorite. Trois mois plus tard, son poids avait augmenté de 24 kilogrammes et, point capital, tous les examens du suc gastrique pratiqués après l'opération décelèrent toujours soit de l'hypochlorhydrie, soit de l'anachlorhydrie.

L'autre cas, bien que très différent par le résultat obtenu, est tout aussi instructif que le premier. Il s'agissait d'un malade, qui lui aussi avait été considéré comme atteint de gastrosuccorrhée, chez lui l'acide chlorhydrique libre de l'estomac s'était maintenu pendant des mois et jusqu'au moment de l'opération au taux exceptionnellement élevé de

5 à 6 0/00. L'intervention permit de constater, comme chez le premier malade, un rétrécissement fibreux considérable du pylore avec péripylorite et infiltration ganglionnaire; l'anneau pylorique était tellement dilaté qu'il arrivait en contact avec la seconde portion du duodénum, ce qui engagea à pratiquer une gastroduodénostomie antérieure; mais l'opération manqua son but, probablement par suite d'une coaptation défectueuse des parties anastomosées, et c'est précisément l'unique cas dans lequel l'hyperchlorhydrie persista après l'opération. Cette observation est des plus intéressantes, car elle met bien en relief la relation de cause à effet qui existe entre l'hyperchlorhydrie et la rétention gastrique.

On voit par cet aperçu historique combien est différente des anciennes théories la doctrine pathogénique nouvelle de la gastrosuccorrhée. Ce n'est plus une maladie autonome, c'est un syndrome dont la constatation chez le malade qui le présente doit éveiller immédiatement en l'esprit du praticien l'idée d'un obstacle mécanique à l'évacuation des matériaux alimentaires. Il est inutile d'insister sur les conséquences pratiques qu'entraîne cette conception moderne de la gastrosuccorrhée; n'est-il pas évident que le traitement chirurgical s'impose désormais comme la seule ressource efficace et devant être employée sans retard, le diagnostic une fois bien établi?

Il importe toutefois de ne pas adopter sans contrôle les idées nouvelles, dans leur absolutisme. Nous devons nous demander maintenant s'il n'existe pas une part de vérité dans les travaux anciens relatifs à la gastrosuccorrhée et si l'on doit rejeter, sans examen, l'hypothèse d'une gastrosuccorrhée primitive qui ne serait ni accompagnée, ni suivie de sténose pylorique. En médecine, il n'y a rien d'absolu, et, de ce qu'une théorie paraît fondée, il ne s'ensuit pas qu'on doive l'adopter avec exclusivisme ni rejeter *a priori* les autres théories; un même effet peut résulter de causes différentes...

N'oublions pas que des médecins distingués comme le Pr Debove, comme M. Albert Robin, ne sont pas disposés à rayer du cadre nosologique la gastrosuccorrhée primitive; qu'ils n'entendent pas subordonner, dans tous les cas, ce trouble morbide à une sténose pylorique ou sous-pylorique.

En ce qui nous concerne, nous n'hésitons pas à nous ranger de leur côté et à admettre que dans certains cas, dont la proportion resterait à débattre, la gastrosuccorrhée existe indépendamment de tout obstacle mécanique et que, dans ces cas, la guérison peut être obtenue par des moyens purement médicaux. C'est là une déclaration consolante pour les malades qui n'envisagent pas tous, avec une égale fermeté d'âme, l'idée d'une opération grave, en somme, malgré les audaces et l'habileté des chirurgiens contemporains. Nous croyons donc à l'existence d'une gastrosuccorrhée primitive et M. Hayem, lui-même, est loin de la rejeter; il émet seulement l'opinion que son existence n'est pas encore établie sur des faits suffisamment précis. Après avoir développé les arguments qui l'autorisent à affirmer que la maladie de Reichmann n'est autre que la sténose incomplète du pylore, il s'exprime ainsi, dans une publication récente (chapitre des « Gastro-névroses » du quatrième volume du *Traité de médecine et de thérapeutique*, p. 546, 1897) :

« On ne doit pas cependant repousser systématiquement l'hypothèse de troubles dynamiques pouvant se traduire par une modification plus ou moins profonde des sécrétions de l'estomac. Il est même permis de dire que l'existence de semblables troubles est fort vraisemblable. Lorsque l'analyse d'un repas d'épreuve donne comme réaction chimique de l'hyperpepsie, cela n'indique pas autre chose qu'un certain état d'excitation de l'appareil glandulaire de l'estomac. Nul doute, physiologiquement, que cet état

puisse avoir pour origine une modification des nerfs sécréteurs ou même simplement un trouble vaso-moteur. On ne peut en conclure, à coup sûr, que cet appareil est le siège d'une lésion anatomique. Un surmenage passager de l'estomac, l'action de diverses causes d'irritation, divers troubles d'origine périphérique ou centrale, semblent pouvoir produire de l'hyperchlorhydrie, et même une hypersécrétion apparente (par prolongation de la digestion) ou réelle. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait aller plus loin. S'il existe des affections primitives des nerfs de la sécrétion, en réalité nous n'en savons rien pour le moment. »

A notre avis, les deux théories, celle de la gastrosuccorrhée primitive et celle de la sténose pylorique ne sont pas inconciliables.

Si l'on veut bien admettre un instant que la gastrosuccorrhée peut naître sous l'influence de causes nerveuses, d'excitations d'ordre central ou périphérique, si l'on accepte l'hypothèse qu'au début tout se réduit à un trouble sécrétoire, rien n'empêche non plus d'admettre *a priori* que le trouble sécrétoire, lorsqu'il est méconnu ou mal soigné, lorsque les causes qui l'ont fait naître continuent à exercer leur influence, rien n'empêche d'admettre, disons-nous, que cette hypersécrétion n'entraîne à la longue des altérations de la muqueuse, une gastrite de nature spéciale (la gastrite hyperpeptique).

A son tour, cette gastrite peut se compliquer d'érosions, d'ulcérations qui peuvent être le point de départ d'un spasme permanent du pylore, lequel aura pour conséquence la rétention gastrique et donnera lieu aux symptômes précédemment décrits sous le nom de « maladie de Reichmann ».

Cette opinion, nous la retrouvons formulée par Carle et Fantino, suivant lesquels le spasme du pylore est souvent dû à des lésions anatomiques qui échappent au diagnostic clinique, telles que petites ulcérations rhagades, inflammation de la muqueuse de la région pylorique. Supposons cette gastrite plus ancienne de quelques années; elle a pu entraîner la formation d'un ulcère rond ou bien, sans ulcération, un épaississement fibreux de l'anneau pylorique; dans l'un et l'autre cas, qu'il y ait ou non cicatrice d'ulcère, le résultat est le même, la sténose pylorique existe et c'est alors que l'on se trouve en présence de ces cas que M. Hayem a observés, mais qui, suivant nous, doivent être considérés uniquement comme le dernier terme de l'évolution de la gastrosuccorrhée, comme la phase incurable de la maladie, incurable du moins par les seules ressources de la médecine.

Si quelques-uns répugnent à l'idée du trouble sécrétoire initial et pensent que la gastrite est le phénomène primitif d'où dépend l'hypersécrétion, l'hypothèse est également soutenable, mais l'explication que nous venons de proposer pour les différentes étapes de la maladie ne mérite pas moins d'être examinée. On nous objectera que tout cela est hypothèse et qu'il serait préférable de rester sur le terrain des faits; mais il est aisé de comprendre combien la solution du problème est difficile, combien les données précises manquent au sujet du mode de début de la gastrosuccorrhée que nous persistons à admettre comme affection ou syndrome initial. Les autopsies manquent au début et puisqu'on nous oppose les résultats de constatations nécropsiques ou d'observations faites au cours d'intervention chirurgicale, nous sommes en droit d'objecter qu'il s'agit là précisément de lésions secondaires développées en général après de longues années de maladie et que l'on ne nous donne pas de renseignements sur leur mode de début. De ce que l'on a trouvé un rétrécissement incomplet du pylore ou bien une sténose sous-pylorique dans les cas qui ont été observés, on n'est pas en droit de conclure que la sténose existe chez

tous les malades, ni surtout qu'elle a existé chez eux dès le début des troubles morbides.

Une objection importante, au-devant de laquelle nous allons, peut être tirée des faits publiés par MM. Carle et Fantino; ceux-ci ont toujours constaté l'hyperchlorhydrie chez leurs malades, avant l'intervention, et cette hyperchlorhydrie a toujours disparu définitivement à partir du moment où l'obstacle à la progression des matières a été supprimée. C'est là une preuve fort nette, en apparence, de la subordination de l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion à l'existence d'un obstacle mécanique; mais, sans mettre en doute l'authenticité des observations de MM. Carle et Fantino, il nous est permis de regretter de ne pouvoir qu'enregistrer les résultats annoncés par eux; ils ne donnent aucune observation détaillée; nous ignorons quel est le passé pathologique de leurs malades, comment l'affection a débuté chez eux, comment elle a évolué. L'hyperchlorhydrie a disparu chez leurs opérés, soit! mais nous ne savons pas si elle n'existait pas chez eux avant que la sténose ne se soit produite?

Au surplus, cette discussion, fort intéressante au point de vue théorique, n'a qu'un intérêt pratique restreint. Qu'il s'agisse de sténose ou de spasme, que l'un et l'autre soient primitifs ou secondaires, nous sommes les premiers à reconnaître l'importance des faits publiés par M. Hayem, par M. Doyen, MM. Carle et Fantino et d'autres encore. Il est incontestable que chez les malades atteints depuis plusieurs années de la forme grave de la maladie de Reichmann il existe un obstacle au cours des aliments qui entraîne la rétention gastrique avec toutes ses conséquences, il est incontestable que les moyens médicaux sont impuissants à lever cet obstacle et que le médecin en pareil cas doit s'effacer devant le chirurgien. Sur le terrain de la pratique, l'union peut et doit se faire, et c'est là l'essentiel.

Maintenant que nous avons exposé le plus fidèlement possible et soumis à la discussion la doctrine nouvelle de la sténose, nous devons étudier le syndrome hypersécrétion et analyser les caractères chimiques et physiques des liquides résiduels; nous devons, d'autre part, rechercher ce que devient la doctrine pathogénique de l'ulcère de l'estomac que la plupart des auteurs rattachaient jusqu'ici à l'hypersécrétion; nous devons, enfin, montrer quelle idée on peut se faire actuellement des « crises gastriques » que l'on mettait également sur le compte de l'hypersécrétion. Enfin nous exposerons la thérapeutique nouvelle qui est la conséquence des nouvelles doctrines pathogéniques.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la fièvre typhoïde et des typhiques. — Dans une leçon faite à la Faculté et publiée par la *Tribune médicale* (28 juillet 1897), M. le Pr HUTINEL expose le traitement de la fièvre typhoïde et envisage les différents cas en présence desquels peut se trouver le médecin, dans lesquels « il faut traiter non pas la fièvre typhoïde, mais le typhique ».

Schématiquement on a trois grandes indications de traitement auxquels répondent la méthode antiseptique, la méthode antithermique et la méthode tonique. Après avoir rejeté l'usage de l'iodoforme, du naphtol, du salicylate de bismuth, de l'acide phénique, salol, acide chlorhydrique, M. Hutinel déclare que le meilleur antiseptique intestinal est le purgatif. Celui-ci doit être administré, au début de la fièvre typhoïde, avant que les plaques de Peyer ne soient ulcérées, c'est-à-dire pendant les deux premiers septenaires : chez l'enfant on emploiera le calomel, chez l'adulte les purgatifs salins : ils sont contre-indiqués en cas de vomissements ou de douleurs abdominales vives.

Les grands lavements d'eau bouillie à 26°-28° auront aussi l'avantage de produire une évacuation du gros intestin, et par réflexe, de l'intestin grêle, en même temps qu'ils feront absorber du liquide au malade. On donnera un ou deux litres de lait au malade : c'est un aliment d'une digestion facile, et de plus il est diurétique ; on fera boire en même temps au malade de l'eau additionnée de jus de citron ou d'orange, de vin, de café, etc. ; un troisième émonctoire ne doit pas être négligé, la peau, on fera des frictions et des lotions.

La méthode antithermique peut être réalisée soit par les antithermiques chimiques, soit par les antithermiques physiques,

Parmi les médicaments antithermiques, la quinine réunit tous les avantages : la nature du sel importe peu, mais la façon de l'administrer, la dose à employer ont une certaine importance. On peut la donner de deux façons : à dose élevée répétée après un intervalle assez long : 2 à 3 grammes en deux fois tous les deux ou trois jours (Liebermeister) ; ou 2 grammes le premier jour, 1 gr. 50 le deuxième jour et 1 gramme le troisième, puis repos pendant trois jours (Jaccoud) ; 2 grammes en quatre fois suivant la méthode de Liebermeister (Bouchard) ; ou à petite dose : 50 centigrammes à 1 gramme en plusieurs fois. M. Hutinel donne la préférence à cette dernière méthode.

L'acide salicylique, les salicylates, l'antipyrine doivent être abandonnés.

La méthode de Brand est le type de la médication réfrigérante par agents physiques. La formule est la suivante : Donner un bain froid à 18°, d'une durée de douze à quinze minutes, chaque fois que la température rectale, prise toutes les trois heures, marque 39°. Il ne faut pas se conformer à la lettre à cette formule. Pour les enfants, il est bon par exemple que la température initiale du bain soit de 28° et abaissée ensuite à 24°. Chez les adultes aussi, il est préférable d'abaisser progressivement la température du bain de 22° à 18°. On renouvellera tous les jours l'eau des bains. Pendant que le malade est dans le bain il faut lui masser doucement la poitrine et les membres, faire des affusions froides sur la tête et lui donner à boire un verre d'eau. Au bout de dix à douze ou quinze minutes se produit un frisson, on retirera le malade et on lui fera prendre un peu de lait ou de bouillon ou d'eau rougie. Si la température n'est pas avancée, il faut rapprocher les bains.

Le bain froid à des contre-indications nombreuses, telles que les hémorragies, la crainte des perforations intestinales, les cardiopathies, les lésions pleuro-pulmonaires.

Certains médecins (Ziemssen, Bouchard) ont

recours aux bains tièdes, 34° ou 35°, qu'on refroidit progressivement jusqu'à 30°. Ces bains sont un moyen excellent dans les cas où le bain froid est contre-indiqué.

Les lotions froides donnent une réfrigération insignifiante, mais exercent une action stimulante sur le système nerveux. Le drap mouillé, les affusions froides sont de moins en moins en usage. M. Hutinel recommande beaucoup les compresses froides renouvelables toutes les deux heures, appliquées sur le ventre.

La méthode tonique a pour but de soutenir les forces du malade par les moyens classiques.

Ces méthodes ne conviennent pas systématiquement à tous les typhiques; les moyens à employer chez les malades varieront donc forcément avec chaque cas, mais les règles hygiéniques seront les mêmes dans tous les cas : hygiène de la chambre, du lit, soins de propreté concernant le malade lui-même et les objets qui le touchent; l'alimentation au lait, bouillon, les boissons, eau bouillie sucrée et additionnée de jus de citron ou d'orange, de cognac, de vin; tous les jours un grand lavement à l'eau bouillie. Après avoir exposé le traitement de la fièvre typhoïde, l'auteur envisage quelques cas particuliers.

Si le cas est léger, on donnera des purgatifs pendant les premiers quinze jours, de la quinine à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, de grands lavements. S'il y a de l'agitation on donnera des bains tièdes, et progressivement refroidis, mais on aura recours aux bains froids si la température s'élève et si le délire ou d'autres phénomènes graves apparaissent.

Si le cas est intense, T. 39°,5,'40° avec délire et prostration, il faut donner les bains froids si le sujet est jeune, avec un cœur vigoureux et des artères souples, élastiques; on peut donner en même temps de la quinine, 1 gramme ou 1 gr. 50 par jour.

Si les bains n'abaissent pas suffisamment la température, on fera en même temps des applications froides sur l'abdomen. Après quelques jours, il se produit quelquefois un abaissement de la température en même temps que les extrémités deviennent livides, il faut craindre le collapsus et cesser les bains froids qu'on remplacera par les bains tièdes et les grands lavements d'eau froide.

Dans les cas graves avec phénomènes nerveux très accentués, on aura recours aux bains froids, mais au moindre accident on les remplacera par les bains tièdes et on donnera de l'alcool, du thé, etc.

Chez l'enfant où la fièvre typhoïde est ordinairement légère, la quinine à petite dose, les laxatifs, les lotions froides quatre à par cinq fois jours, les bains tièdes, au besoin, suffisent généralement. Si la température devenait élevée, on donnera les bains froids : le premier bain sera à 28° et on abaissera de 2° la température de chaque bain, de façon à donner, à partir du cinquième bain, des bains à 20°.

Chez le vieillard pas de bains froids, mais des bains tièdes, des lotions, de la quinine. Si le cœur fléchit, injections sous-cutanées, caféine ou spartéine ou huile camphrée au 1 0/0 ou sérum artificiel à la dose de 500 à 600 grammes.

Chez les cardiaques, les emphysémateux, les bains froids sont contre-indiqués : on donnera de la quinine, de l'alcool, du café; chez les femmes enceintes, pas de bains froids, pas de quinine, veiller à l'antisepsie génitale en vue de l'avortement possible.

Certains symptômes peuvent exiger une intervention particulière. La diarrhée peut devenir profuse, quinze à vingt selles par jour, le facies devient cholérique; dans ces cas ne pas donner d'opium mais du bismuth, de la limonade lactique au 1/100 et du képhir si l'on peut : mettre de la glace ou des compresses froides sur le ventre.

Contre les vomissements tenaces, employer les boissons glacées, la glace, la potion de Rivière, la glace sur le ventre, faire des pulvérisations de chlorure de méthyle à la région hypogastrique. Pas de vésicatoire. Donner de l'eau chloroformée, du menthol; faire au besoin des lavages de l'estomac et alimenter le malade par la voie rectale.

Contre les hémorragies intestinales du début, peu graves, immobilité, boissons glacées, glace intra et extra. Les hémorragies, à partir du troisième septénaire seront traitées de la même façon, mais on y ajoutera des injections sous-cutanées de morphine à la dose de 4 ou 5 milligrammes que l'on répétera au besoin.

Même traitement contre la perforation intestinale. La laparotomie avec suture de la perforation réussit rarement.

Le délire, l'agitation, l'insomnie seront combattus par le bain froid et les applications froides sur la tête, sans contre-indication formelle, les convulsions par le bromure de potassium. En cas de prostration marchant vers le coma, on stimulera le malade par des frictions, des piqûres de caféine, d'éther, de sérum artificiel, d'huile camphrée : le drap mouillé réussit mieux que le bain froid.

Les complications pulmonaires, sous forme de simple bronchite ou de congestion pulmonaire sont modifiées heureusement par le bain froid; en cas de complications pulmonaires contre-indiquant les bains froids on aura recours aux

ventouses sèches, aux injections de caféine ou d'huile camphrée.

Les complications cardiaques constituent une contre-indication formelle des bains froids.

On s'adressera aux toniques du cœur et on surveillera étroitement le malade. S'il survenait une syncope, on mettra le malade la tête en bas, on lui fera des injections excitantes (éther, huile camphrée) et on donnera des boissons stimulantes et un lavement de café.

L'antisepsie de la bouche et du nez éviteront les complications laryngées, contre lesquelles on aura la ressource des vaporisations et des pulvérisations. S'il y a nécrose du larynx, faire la trachéotomie.

En cas de complications rénales, remplacer les bains froids par des bains tièdes; régime lacté, injections salées : pas de ventouses aux lombes qui pourraient amener une congestion de la région.

La convalescence sera surveillée de près pour l'alimentation qu'on graduera sagement. Repas fréquents et peu abondants. Donner d'abord du lait, du bouillon, potages légers, panades très cuites et passées. Au bout de trois jours un jaune d'œuf, puis le lendemain un œuf à la coque, puis du poisson. Du cinquième au huitième jour on pourra donner un peu de viande tendre très cuite et hachée; comme boisson, vin coupé, grogs. Combattre la constipation au moyen de laxatifs et de lavements et au besoin modifier l'alimentation et donner de la viande crue et pilée.

E. Thiercelin.

Bleu de méthylène dans le typhus récurrent. (*Thérapeutique moderne*, n° 6, 1897.) — Dans quatre cas de typhus récurrent observés à la clinique du Pr Sirotinine, Nephedeff a administré à l'intérieur du bleu de méthylène (préparation Merck) et n'a pu obtenir de résultats satisfaisants. Tout d'abord notons ce fait que dans aucun des cas observés la durée de l'attaque n'a diminué sous l'influence du traitement. En outre l'administration du bleu de méthylène à l'intérieur a entraîné une série d'inconvénients assez sérieux : sueurs profuses et diarrhée, vomissements, diminution des forces cardiaques et albuminurie (dans un cas).

B. Taft.

La nouvelle tuberculine. — Le Pr Juan L. Hohr (de Cadix) (*Anales medicos Gaditanos*, 15 juillet 1897) rapporte quatre cas traités par la nouvelle tuberculine de Koch.

Le premier cas concerne un jeune garçon de 7 ans, atteint du mal de Pott et d'ostéite tuberculeuse du fémur. Il existait une fistule avec légère suppuration, et des souffrances très fortes dans le membre au point d'empêcher le sommeil et d'occasionner une grande faiblesse. Le 21 avril, on injecta 1 centimètre cube de la solution à 1/500 et le 23 on en injecta 2 centimètres cubes. Le résultat immédiat fut une augmentation de la suppuration et la cessation de la souffrance. Les injections suivantes ayant provoqué une élévation de température, une absence de sommeil et la perte de l'appétit, on en interrompit l'emploi pendant deux ou trois semaines. Le traitement repris, les symptômes fébriles qu'il produisit furent si marqués et si persistants qu'on dut, de nouveau, l'abandonner. Le seul avantage qu'on retira dans ce cas fut la cessation totale de la souffrance.

Le deuxième cas est celui d'un homme de 23 ans atteint de tuberculose pulmonaire aux deux sommets. Les injections de la solution au 1/500 causèrent une augmentation de la toux et une diminution de l'appétit : la réaction fébrile causée par la tuberculine continua quelques jours après l'injection.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme de 31 ans, avec adénite tuberculeuse des glandes cervicales et ulcères du cou et des épaules : pas de symptômes du côté de la poitrine. Les injections de 1 et 2 centimètres de la solution à 1/500 amenèrent un violent catarrhe avec toux et expectoration abondante. L'effet de la tuberculine sur les parties malades du cou fut de réveiller l'inflammation d'anciens ulcères, qui s'ouvrirent bientôt en donnant issue à à une matière caséeuse qui fut éliminée en quelques jours. Mais de nouveaux points d'ulcération se développèrent au cou : en même temps des symptômes apparaissaient dans les poumons avec une extension telle que la maladie parut s'éveiller en différents foyers à la fois. Quand les injections furent cessées, le malade reprit ses forces et ses ulcères guérirent par une intervention chirurgicale.

En dernier lieu, une femme âgée de 36 ans, souffrait de lupus superficiel du nez et de la lèvre supérieure, siège de cicatrices; la maladie avait huit ans de date. Il y avait une tache récente sur le menton et une autre le long de la joue. Des injections de 1 et 2 centimètres cubes de la solution à 1/500 firent disparaître la rougeur autour des taches, mais la malade se plaignait de grande faiblesse et de souffrance dans les membres, de sensations douloureuses dans tout le corps. Le traitement fut donc interrompu.

L'auteur conclut de ces diverses expériences que la nouvelle tuberculine, même au plus haut degré de dilution, cause toujours une réaction

d'une intensité d'ailleurs variable. Les conclusions de Koch lui paraissent ne pas pouvoir se concilier avec les faits cliniques et il considère l'introduction de la nouvelle tuberculine comme actuellement impossible dans l'arsenal thérapeutique.

R. Blondel.

De la valeur de l'iodure de potassium dans le traitement de l'actinomycose, par Bérard. (*Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, tenu à Saint-Etienne du 5 au 12 août 1897.) — Dans les deux tiers des cas d'actinomycose cervico-faciale ancienne, infectée et ouverte, le résultat du traitement ioduré a semblé nul.

Dans les trois quarts des cas d'actinomycose récente, fermée et peu infectée, la guérison a été obtenue par adjonction de l'iodure au traitement chirurgical ; dans le quart par le traitement ioduré seul. Ces derniers résultats ne sont pas sensiblement supérieurs à ceux observés après le traitement chirurgical seul ou associé au traitement général.

L'iodure de potassium ne saurait donc être considéré comme le médicament spécifique de l'actinomycose; on ne le prescrira isolément que pour les cas récents, limités en profondeur et à la phase d'induration congestive du début.

Pour toutes les autres formes cervico-faciales et même pour les précédentes, si au bout de quelques semaines l'iodure semble inefficace, l'intervention chirurgicale hâtive et large s'impose comme médication d'urgence. Ce n'est qu'après l'évacuation des principaux foyers que l'iodure administré à l'intérieur pourra hâter la cicatrisation.

Pour les formes viscérales profondes, difficilement accessibles au chirurgien, l'iodure n'est susceptible d'entraver l'évolution du parasite que tout à fait à la période de début ; mais, à cette période d'ordinaire, le diagnostic est très hésitant.

Plus tard, les infections fatalement surajoutées rendent illusoire l'emploi de l'iodure de potassium qui n'agit que rarement, à doses massives et prolongées.

Cette opinion, partagée par M. Poncet, diffère de celle de MM. Nocard, Netter, Dubreuilh qui considèrent l'iodure de potassium comme le médicament spécifique de l'actinomycose humaine.

G. Lyon.

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le rhumatisme chronique et son traitement. (*XVe Congrès allemand de médecine interne*, 9-12 juin 1897, Berlin.) — M. Baumler, rapporteur, établit d'abord ce qu'il faut comprendre sous le terme de rhumatisme chronique. Il constate que ce terme est diversement appliqué en Allemagne, en Angleterre et en France.

On doit comprendre sous ce mot ces formes de rhumatisme qui s'établissent à la suite d'accès subaigus répétés. Cette forme de rhumatisme, qui s'accompagne souvent de manifestations cardiaques, devient beaucoup plus rare depuis l'emploi de l'acide salicylique. L'auteur s'occupe ensuite de classer les autres formes de rhumatisme chronique caractérisées par les modifications durables de certaines articulations ; puis il aborde la symptomatologie et l'étiologie de l'affection rhumatismale.

M. Ott s'occupe du traitement qui doit être institué dès les premières atteintes du mal.

Les malades doivent éviter les refroidissements, user de frictions sèches, de lotions froides, de demi-bains, d'affusions pour régulariser la circulation périphérique. L'alimentation doit être surveillée, suffisante et facilement assimilable, elle consistera en viande, œufs, poissons, légumes, beurre et fromages. L'usage du lait doit être recommandé, pas de vins blancs acides ; de la bière légère.

Le traitement proprement dit est basé sur l'une des trois vues théoriques qui sont le plus en vogue pour expliquer l'étiologie de la maladie. Charcot donnait du bicarbonate de soude pour combattre l'hyperproduction acide de l'économie.

Le second mode de traitement cherche à agir sur le système nerveux par des toniques, l'électricité, les eaux minérales, l'hydrothérapie.

L'hypothèse de la nature infectieuse de la maladie a amené à faire de l'antisepsie générale et locale : administration interne de quinine, de préparations salicylées ; applications de compresses phéno-salicylées sur les articulations, etc.

La thérapeutique empirique devra souvent être employée contre divers symptômes.

Le traitement interne n'a pas grand effet sur la polyarthrite arrivée à la période de chronicité.

La douche, la douche-massage constituent une pratique très utile.

M. Schuller distingue deux formes d'arthrites déformantes au point de vue pratique : dans la première on trouve des végétations énormes, molasses, de couleur rouge ou violacée; la synoviale épaissie offre des lésions inflammatoires chroniques et il y a peu de liquide dans l'articulation. L'autre forme est caractérisée par une ankylose fibreuse. L'injection intra-articulaire d'iodoforme en émulsion n'a pas donné de bons résultats; l'addition du gaïacol a, au contraire, amené la disparition d'énormes tuméfactions.

M. R. Friedlander recommande les bains secs (bains d'air chaud et de sable) pour le traitement de la polyarthrite déformante.

A. Chassevant.

Acide lactique dans le rhumatisme noueux. (*Wratsch*, n° 18, 1897.) — Dans un cas de rhumatisme noueux assez grave, chez une femme âgée, devenue presque impotente, Zolotarine, après avoir essayé vainement toutes espèces de traitement, a eu recours à l'acide lactique. Il administrait ce médicament à la dose de dix gouttes par jour, en une fois. Le malade ne prenait aucun aliment pendant une heure et demie, avant et après l'ingestion du médicament.

Le résultat obtenu fut des plus satisfaisants, et, à l'heure actuelle, on constate les améliorations suivantes : diminution des douleurs articulaires et des douleurs de ventre; rétablissement des fonctions intestinales, retour de l'appétit, amélioration notable de l'état général. Ajoutons que la malade, qui pendant de longs mois a été condamnée au repos, ne pouvant presque pas se retourner sans douleur dans son lit, peut marcher sans canne, se baisser et se lever en éprouvant toutefois une certaine difficulté pour exécuter ces deux derniers mouvements.

En somme, répétons-le, pas de guérison définitive, mais amélioration considérable.

B. Taft.

Traitement de l'albuminurie diabétique, par Albert Robin. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 103, 15 août 1897.) — L'albuminurie, complication très fréquente du diabète sucré, peut être due à des causes diverses.

Armanni, ayant découvert à l'autopsie des diabétiques albuminuriques une dégénérescence hyaline avec intégrité nucléaire des cellules des tubes droits, considéra cette lésion, retrouvée plus tard par Ehrlich et Straus, comme le substratum matériel de l'albuminurie des diabétiques.

Il est certain que chez certains diabétiques les reins sont touchés profondément; ce sont les albuminuries lésionales difficiles ou impossibles à guérir.

A côté de cette catégorie de malades, il en existe une autre bien plus importante à connaître, celle des diabétiques dont l'albuminurie est purement fonctionnelle, et par suite curable. Tantôt chez eux l'albuminurie est minime, ne dépassant pas 50 centigrammes par litre, tantôt elle atteint des chiffres sensiblement plus élevés.

Une des causes de ces albuminuries fonctionnelles est la polyurie avec la glycosurie; l'albuminurie est une conséquence possible du fonctionnement exagéré du filtre rénal. L'indication évidente dans ce cas est de diminuer la fatigue du rein.

Une deuxième condition fonctionnelle de l'albuminurie est la phosphaturie; une troisième variété d'albuminurie est liée à la déminéralisation; une quatrième enfin aux troubles digestifs.

Traitement des albuminuries fonctionnelles minimes.— On commencera par traiter le diabète sans s'occuper de l'albuminurie; on prescrira donc, en plus le régime habituel, les médicaments usités dans le diabète; on aura soin toutefois d'employer avec prudence l'antipyrine dont l'action fâcheuse sur les reins est bien connue; la dose de 2 grammes par vingt-quatre heures ne doit pas être dépassée.

Lorsque la glycosurie a diminué notablement on traite alors l'albuminurie suivant sa cause :

Si l'estomac est en jeu, le traitement des troubles gastriques passe au premier plan.

Si le malade est en voie de déminéralisation organique, il y a lieu de rendre à l'économie les matériaux salins qui lui manquent; le régime lacté, le bouillon de viande, les prescriptions salines médicamenteuses rempliront ce but.

Enfin si on est en présence d'une albuminurie phosphaturique, ce qui est le plus fréquent, d'après M. Albert Robin, on doit lutter uniquement contre cet état morbide.

La première indication est de diminuer et de modérer la dénutrition phosphatique exagérée : on y parvient à l'aide des arsenicaux. Le malade prendra deux fois par jour, le matin à jeun et un quart d'heure avant son dîner, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Arseniate de soude	5 centigr.
Iodure de potassium	5 grammes.
Eau distillée.....	300 —

Chaque cuillerée sera donnée dans une demi-tasse de lait, de manière à assurer la tolérance de l'estomac pour l'iodure et pour l'arsenic.

D'autre part, il est indispensable de donner à ces malades des agents médicamenteux capables de rétablir la tonicité du système nerveux; la

strychnine a cette influence favorable; on prescrira au milieu du déjeuner et du dîner une pilule reconstituante suivant la formule :

Extrait mou de quinquina..	10	centigr.
Sulfate de quinine.....	10	—
Poudre de noix vomique...	2	—

Pour une pilule.

Après quinze jours de ce traitement, on cesse l'arsenic et la strychnine, et on a recours aux glycéro-phosphates qui sont les meilleurs médicaments à conseiller contre la phosphaturie, et par suite contre l'albuminurie qui en est le corollaire; les glycéro-phosphates seront associés aux strychniques de la manière suivante :

Glycéro - phosphate de chaux et de magnésie.	àà 10	centigr.
Poudre de noix vomique.	2	—

Pour un cachet; en prendre un au milieu du dîner et un au milieu du déjeuner.

Enfin après quinze jours de cette médication, M. Albert Robin donne les hypophosphites, qui activent l'innervation et l'hématose et diminuent la désintégration générale, il y a avantage à les prescrire sous forme d'élixir dont chaque cuillerée à soupe contiendra :

Hypophosphite de strychnine.....	2	dix-milligr.
Hypophosphite de quinine	2	centigr.
Hypophosphite de magnésie.....	2	—
Hypophosphite de potasse	3	—
— de chaux.	8	—
— de soude.	7	—
— de fer....	3	—

Le malade en prendra une cuillerée à soupe avant le déjeuner et une autre avant le dîner.

Traitement des albuminuries fonctionnelles abondantes.— Ici le taux de l'albumine s'élève de 50 centigrammes à 3 grammes par jour. On commence par soigner le diabète, en redoublant de précaution dans l'emploi de l'antipyrine; les doses seront de 75 centigrammes par jour, continuées pendant trois jours; le malade sera mis de plus au régime.

Le quatrième jour, on fait un dosage de sucre; presque toujours celui-ci a diminué d'une façon sensible; c'est le moment de prèscrire le régime lacté absolu qui sera continué jusqu'à ce que la réapparition du sucre fasse un devoir de le cesser; en fait on le maintient jusqu'au moment où les chiffres de glycose soient égaux à ceux du début; parallèlement à cette augmentation du sucre on voit l'albumine diminuer plus ou moins.

La troisième étape du traitement consiste à revenir à l'antipyrine.

Dans une quatrième période, on recommence le régime lacté absolu en lui combinant l'emploi du lactate de strontium :

Lactate de strontium....	15	grammes.
Eau distillée.....	150	—

Donner par vingt-quatre heures de deux à six cuillerées à bouche.

Traitement de l'albuminurie diabétique lésionale. — Dans le cas de mal de Bright avéré, il faut soumettre le malade au régime lacté absolu, sans médication aucune jusqu'à ce que l'albumine tombe à un taux invariable.

Si le sucre augmente progressivement on doit interrompre le régime lacté et administrer prudemment l'antipyrine.

Si le malade se cachectise et pâlit, on introduit dans l'alimentation des légumes, de préférence des légumes verts, tout en continuant l'usage du lait.

Comme médicaments M. Albert Robin associe l'acide gallique à l'aloès et au quinquina dans les pilules suivantes :

Acide gallique.....	10 à 15	centigr.
Aloès socotrin pulvérisé.....	2 à 5	—
Poudre d'extrait de quinquina sec....	15	—

En prendre deux à quatre dans les vingt-quatre heures.

Après une période de ce traitement, on prescrira la potion arsenico-iodurée.

G. Lyon.

Contribution à l'étude de l'organothérapie dans l'ostéomalacie. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 9 septembre 1897.) — W. Latzko et J. Schnitzler ont tenu à élucider la question fort controversée de l'action de la substance ovarique sur l'ostéomalacie. En deux ans environ, l'organothérapie put être essayée dans cinq cas par les auteurs sans aucun résultat : dans l'un des cas, où l'on avait autrefois obtenu la guérison de l'ostéomalacie par la castration, et dans lequel existaient encore quelques douleurs osseuses, on donna de l'ovarine pour voir si au contraire le processus morbide serait réveillé à nouveau par la médication. Le résultat fut tout aussi négatif.

Il est du reste *a priori* peu admissible que l'ingestion d'un organe puisse être efficace dans une maladie que l'on guérit en extirpant ce même organe : mais aucune théorie ne peut tenir devant les faits. Dans le cas particulier les faits se sont trouvés confirmer le raisonnement préalable : il est en outre démontré (recherches de Senator et de Schiff) que l'ingestion d'oopho-

rine et d'hypophyse augmente l'élimination des sels de chaux et de l'acide phosphorique.

En résumé les expériences des auteurs leur ont démontré que la substance ovarique provenant de truies ou de vaches, et ingérée par l'estomac, n'exerce aucune influence, ni en bien ni en mal, sur la marche de l'ostéomalacie.

E. Vogt.

Traitement de l'alcoolisme chronique par la suggestion. (*Wratsch*, n° 33, 1897.) — Dans ces derniers temps, un certain nombre d'auteurs ont préconisé le traitement de l'alcoolisme chronique par la suggestion hypnotique. Nous avons eu l'occasion d'analyser déjà, ici-même, un travail à ce sujet, appartenant également à un auteur russe (l'alcoolisme, comme on sait, sévit dans des proportions effroyables en Russie). Zajailoff eut à son tour recours à la suggestion.

Les procédés employés par lui peuvent être divisés en trois catégories. Il se servait d'abord d'appareils spéciaux (hypnogenoscopes). Parmi ces appareils il employait celui d'Ochorovitsch, celui de Luys, des aimants, etc. On peut rapporter à la même catégorie le procédé qui consistait soit à mettre entre les mains du malade un objet quelconque, soit à lui commander de le fixer pendant un certain temps. La deuxième catégorie contient les passes, l'apposition des mains sur la tête, etc. La troisième catégorie se compose d'un seul procédé qui consiste à laisser le malade pendant un certain temps, soit assis, soit couché, en lui ordonnant de fermer les yeux et de rester immobile, sans se livrer sur lui à aucune manœuvre hypnotique à proprement parler. Enfin, dans un certain nombre de cas, on se dispensait de suggestion verbale. Dans ce dernier cas, l'auteur se contentait de rester à côté du malade et de le regarder dans ses yeux fermés, désirant qu'il s'endormît.

Disons tout de suite que tous ces procédés ont eu la même action; on arrivait toujours à provoquer le sommeil.

Quant à l'action du sommeil hypnotique sur l'alcoolisme, elle a été toujours favorable; souvent même, l'état général s'améliorait. En outre, on n'a jamais observé aucune action fâcheuse. L'auteur croit pouvoir attribuer l'innocuité du traitement à ce fait qu'il habituait ses malades progressivement au sommeil hypnotique, ne cherchant pas absolument qu'il fût profond. Du reste, comme l'a montré l'expérience, un sommeil hypnotique même léger, suffit pour l'efficacité de la suggestion. Le nombre d'alcooliques traités est de 31 dont 29 hommes et 2 [illegible]. Au point de vue du résultat, tous les malades peuvent être divisés en quatre catégories. A la première se rapportent les individus qui ont cessé de boire et qui ne boivent plus à l'heure actuelle; ces malades sont au nombre de 8 dont s'abstiennent complètement: deux depuis vingt-quatre mois, un depuis dix-sept mois, un depuis douze mois, un depuis six mois, un depuis cinq mois et deux depuis quatre mois.

A la deuxième catégorie se rapportent les individus qui n'ont cessé de boire que pendant un certain temps et qui ont recommencé. Toutefois, ils boivent bien moins qu'avant le traitement. Ces malades sont au nombre de 11. La troisième catégorie se compose des malades qu'on a perdus de vue, de sorte qu'on n'a pu connaître le résultat définitif. Ils sont au nombre de 7. Il convient cependant de dire que cinq d'entre eux sont restés sous la surveillance de l'auteur pendant un certain temps et ils ne buvaient pas (deux pendant un an, deux pendant trois mois et un pendant un mois). Enfin, à la quatrième catégorie se rapportent les individus sur lesquels la suggestion agissait très peu ou pas du tout. Ils sont au nombre de 5.

L'auteur termine son travail en formulant les conclusions suivantes :

1° L'hypnose exerce une action incontestablement favorable sur les alcooliques chroniques.

2° L'action de la suggestion hypnotique est, dans la majorité des cas, temporaire : la durée de l'amélioration qu'elle détermine est différente chez les différents malades.

3° L'action favorable de la suggestion hypnotique est contrecarrée par le milieu défavorable dans lequel vivent les malades.

4° Le traitement par la suggestion hypnotique ne détermine aucune action fâcheuse sur l'état général et l'état psychique des malades, à condition, bien entendu, de prendre les précautions appropriées.

5° La susceptibilité à la suggestion varie suivant les individus.

6° Les appareils spéciaux employés pour la suggestion des malades n'ont qu'une importance secondaire comme moyen de les fatiguer ou de fixer leur attention sur un objet déterminé.

7° La suggestion par la pensée est évidemment possible et la volonté de l'hypnotiseur, quel que soit le procédé, a une importance essentielle.

B. Taft.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre, par SEVERRANU (de Bucharest). (*Congrès de Moscou*, 1897.) — L'auteur a cherché à éviter le rétrécissement cicatriciel de la lèvre inférieure consécutif aux opérations classiques. Sa méthode consiste à dédoubler le sphincter labial, de façon à créer une surface sanglante, sans perte de substance. La lèvre ne peut plus se souder avec la partie cruentée du maxillaire et devient ainsi plus mobile. Un procédé spécial de suture lui permet en outre d'obtenir un contact intime du fond de la plaie, les points et sillons extérieurs étant supprimés, ce qui est meilleur au point de vue esthétique.

AUG. BENOIT.

Série de 200 opérations radicales de hernies abdominales, par CORVIN et VICOL (de Jassy). (*Congrès de Moscou.*) — Ces opérations ont été faites sans aucun décès, avec le procédé de L. Championnière pour la majorité des cas. La soie a été assez souvent cause de suppurations, ou s'est simplement éliminée, ce que beaucoup d'auteurs nous ont déjà signalé. Au point de vue des résultats éloignés, 12 récidives sont notées. Enfin 188 opérations ont été faites à la cocaïne avec grand avantage.

AUG. BENOIT.

Simple procédé de herniotomie. (*Wratsch*, n° 30, 1897.) — MININE a simplifié notablement la cure radicale des hernies telle qu'elle est pratiquée d'après le procédé classique de Bassini. Voici quelles sont les modifications qu'il a introduites :

1° On fait partir l'incision non pas de l'anneau interne, mais à travers la région de l'orifice externe du canal inguinal, sur une longueur de 5 centimètres environ, en sectionnant d'un coup le sac herniaire et le ligament de Poupart ;

2° On ne coupe pas le muscle oblique de l'abdomen ;

3° Le cordon spermatique est placé en dehors du canal inguinal, après quoi on applique six sutures sur les bords de la plaie cutanée.

Ce procédé a, d'après Minine, deux avantages : *a* il est rapide, ne durant que quinze à dix-huit minutes ; *b* le traumatisme est peu considérable, le muscle oblique de l'abdomen conservant son intégrité.

Minine a opéré neuf malades d'après ce procédé et a obtenu toujours d'excellents résultats : pas de récidives depuis six ans chez un malade.

B. TAFT.

Le traitement chirurgical de l'hallus valgus, par MERMET. (*Journal des Praticiens*, n° 32, p. 500, 1897.) — En principe tout hallus valgus non compliqué doit être traité par une opération sanglante sur le squelette ou sur les parties molles, lorsqu'il a résisté au traitement orthopédique.

1° *Intervention sur le squelette.* — De ces opérations les unes sont partielles et consistent en résections portant sur le métatarsien ou la phalange, les autres sont totales et comprennent soit l'amputation, soit la désarticulation du gros orteil.

Les opérations partielles sont de trois sortes :

a) Le nivellement de la tête métatarsienne ;

b) La résection cunéiforme du col du métatarsien ;

c) La résection de la tête métatarsienne.

Le nivellement de la tête métatarsienne est le procédé de choix dans les déviations légères ; il consiste à égaliser la saillie exubérante formée par la tête métatarsienne, à abraser cette exostose après s'être débarrassé de l'oignon ou bourse séreuse qui la recouvre. Une fois l'excision terminée, il ne reste plus qu'à appliquer, par dessus un pansement antiseptique léger, un appareil inamovible.

La résection du col du métatarsien, conseillée par Reverdin et Quévedo, puis pratiquée par de nombreux chirurgiens, est indiquée le plus souvent dans les cas intermédiaires où le nivellement de l'exostose est insuffisant et où une opération plus large, telle que la résection de la tête métatarsienne est inutile.

Reverdin l'exécute en trois temps :

Premier temps : L'incision est faite sur la face dorsale du premier métatarsien à 1 centimètre en dedans du tendon de l'extenseur propre. D'abord rectiligne et parallèle au tendon, cette incision arrivée au niveau de la tête métatarsienne se recourbe en dedans et vient se terminer à la limite de la face dorsale et du bord interne du pied, dans le sillon qui sépare l'exostose de l'interligne articulaire.

Deuxième temps : Le périoste incisé du même coup est détaché de l'os avec la rugine ou mieux excisé. L'exostose est ainsi complètement mise à nu par la dissection du lambeau ; un ciseau est appliqué dans le sillon de séparation de la tête et de l'exostose : d'un coup de maillet on nivelle ainsi le bord interne du pied.

Troisième temps : On taille dans le méta-

tarsien, avec le ciseau, un coin osseux dont la base répond à la surface osseuse mise à nu par l'ablation de l'exostose. Le trait antérieur de cette base est à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de la surface articulaire. Ce coin enlevé, on redresse l'orteil. Si l'extenseur propre rétracté s'y oppose, on le sectionne.

La résection de la tête métatarsienne a été pratiquée pour la première fois par Hueter en 1870. La résection une fois faite, le pied est immobilisé dans un appareil plâtré. Cette opération a donné des mécomptes au point de vue fonctionnel de la marche; avec elle on affaisse la voûte plantaire et on peut donner lieu à la production d'un pied plat.

Les opérations totales telles que l'amputation et la désarticulation sont rarement indiquées.

Interventions sur les parties molles. — Employées seules, les ténotomies donnent de très mauvais résultats.

La ténopexie a été employée comme moyen adjuvant (Delbet).

En somme il faut d'abord commencer par le traitement orthopédique, puis, si celui-ci est insuffisant, niveler l'exostose et faire soit l'ostéotomie du col, soit la résection de la tête, suivie de la ténotomie ou de la ténopexie, selon les obstacles à la réduction et selon la manière dont celle-ci est maintenue.

G. Lyon.

Injections de sérum artificiel comme moyen de prévenir la mort dans les brûlures. (*Rif. medica*, 5 juillet 1897.) — Tommasoli rappelle qu'il a envoyé au Congrès de dermatologie tenu à Londres en 1896 un compte rendu des expériences faites par lui pendant une période de trois ans, avec le sérum artificiel, comme moyen de traitement dans certaines maladies de la peau, qu'il croit dues à une intoxication ou auto-intoxication infectieuse chronique. Dans quelques cas (2 d'eczéma chronique, 1 de folliculite généralisée, 1 de prurit sénile), il obtint des guérisons. Un cas de lichen plan, où la démangeaison était très marquée, fut guéri en trente-six jours. Depuis lors, le même traitement a été employé avec succès dans des cas de psoriasis et d'affections prurigineuses variées. Tommasoli rapporte maintenant les résultats de la même méthode de traitement dans deux cas de brûlures très étendues.

Dans l'un, la patiente était une femme de 60 ans, qui avait été brûlée gravement sur les deux tiers du devant du corps, du visage et des membres. La diarrhée et le délire s'étaient déclarés et la mort paraissait imminente, quand Tommasoli résolut d'essayer l'effet des injections de sérum artificiel ordinaire, composé de chlorure de sodium et de bicarbonate de soude. La patiente, brûlée le 2 décembre, vint le trouver le 4. Le 10, on lui donna une première injection de 300 grammes de sérum. Le lendemain, un litre fut injecté en deux fois. Le 12 décembre, on injecta un litre en une dose, en maintenant la malade dans un bain en même temps. Le 13, on injecta encore un litre et le 14, la malade mourut. L'effet des injections fut, néanmoins, relativement bon, car la malade eut des heures d'accalmie dans la souffrance après chacune.

Encouragé par ce résultat, Tommasoli adopta la même méthode pour un homme de 20 ans, grièvement brûlé sur tout le côté droit du devant de la poitrine, les aisselles et le bras, ainsi que sur tout le dos, des épaules aux hanches et sur toute la hanche droite. Il fut admis le 12 mars et le 13 on lui fit une injection de 250 grammes. Une de 300 grammes fut faite le 14 et une de 400 grammes le 15. Le 16, on pansa les plaies avec de l'iodoforme, mais on dut y renoncer, au bout de quelques jours, à cause de ses effets toxiques. Le 17, on donna une injection de 400 grammes et depuis le 18, jusqu'au 6 avril; on lui en donna journellement une de 500 grammes. Dès la première, le malade, quoique abattu par la souffrance, se maintint; puis il s'améliora rapidement et le 3 mai, quand il insista pour quitter l'hôpital, son état général était excellent, et les plaies paraissaient guéries.

Des expériences sur des lapins et sur des chiens montrèrent que les injections de sérum artificiel ont un effet très net en préservant la vie après de graves brûlures.

R. Blondel.

De l'hémostase par la gélatine. (*Presse médicale*, 18 septembre 1897.) — M. Paul Carnot a employé avec succès les propriétés coagulantes de la gélatine et de la gélose pour assurer l'hémostase. Il a employé la gélatine de deux façons, soit pour modifier la coagulabilité générale du sang, soit comme hémostatique local. Comme hémostatique local il emploie une solution de gélatine dans l'eau salée à 7 0/00. Le titre de la solution de gélatine est variable suivant le but à atteindre : l'auteur a employé généralement des solutions contenant de 5 à 10 0/0 de gélatine. Ces solutions sont stérilisées deux fois à 100° pendant un quart d'heure. Il ne faut pas employer la solution trop chaude : il est mieux de se servir d'une solution tiède, à la température du corps.

La technique est la même pour toute hémorragie se produisant dans une cavité facilement accessible : imbiber la plaie avec quelques gouttes de la solution stérile et laisser quelques

instants un tampon imprégné de la même solution sur la plaie. Les hémorragies venant du rectum sont justiciables d'un lavement gélatinisé à 5 0/0.

Dans les cas de métrorrhagie, faire une injection intra-utérine d'eau gélatinisée, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques d'usage.

La gélatine paraît être un hémostatique local de premier ordre. Elle coagule le sang dans le vaisseau lésé et ce caillot s'organise très rapidement; les réunions primitives semblent facilitées. Cette méthode peut être employée non seulement contre les hémorragies spontanées (épistaxis, métrorrhagie, plaies cutanées, etc.), mais encore pour assurer l'hémostase au cours de certaines opérations chirurgicales.

A. Chassevant.

Trois cas de redressement des bosses d'après Calot. (*Wratsch*, n° 32, 1897.) — Après avoir longuement exposé la technique du procédé de M. Calot, point sur lequel nous ne nous arrêterons pas, nos lecteurs ayant trouvé tous les détails désirables dans la communication que le chirurgien de Berk-sur-Mer a publiée dans l'avant-dernier numéro de la *Revue*, Jematzky rapporte trois cas de redressement des incurvations de la colonne vertébrale. (Voir cette *Revue*, n° 17, p. 573.)

Les résultats qu'a obtenus l'auteur russe sur des enfants atteints du mal de Pott, ont été fort satisfaisants. Le redressement se fait assez vite; il faut remarquer que Jematzky opérait sur des enfants âgés de 3 à 9 ans. L'opération est facile par elle-même, mais présente un grand inconvénient, à savoir la nécessité d'avoir sept aides. Jematzky termine son travail en disant que c'est à l'avenir de montrer ce que vaut le procédé de Calot au point de vue du redressement définitif.

B. Taft.

Traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse. (*Wratsch*, n° 27, 1897.) — Varnek rapporte deux cas de péritonite tuberculeuse concernant deux femmes âgées de 23 et de 28 ans. Ces deux femmes, opérées l'une en 1889 et l'autre en 1892, sont restées bien portantes depuis l'opération.

En se basant sur ces deux observations, ainsi que sur celles publiées par d'autres auteurs, Varnek arrive à cette conclusion que *la laparotomie doit être pratiquée dans tous les cas de péritonite tuberculeuse où l'état général des malades permet de concevoir un espoir de guérison.*

B. Taft.

Sur un cas de désarticulation de l'épaule pour sarcome. (*Ejenedelnick*, n° 25, 1897.) — Vanach rapporte un cas de désarticulation de l'épaule pour sarcome pratiquée avec succès. Quatorze mois après l'opération, le malade est resté parfaitement bien portant.

Après avoir passé en revue tous les cas de ce genre, au nombre de cent trois, Vanach arrive à cette conclusion, que tous les malades atteints de néoformation maligne de l'épaule ont plus de chance de guérir par l'opération que d'en mourir.

B. Taft.

Traitement des fractures transversales de la rotule. (*Medicins. Obosr.*, n° 7, 1897.) — Pour Yakowleff il n'existe actuellement qu'un seul procédé rationnel qui permette d'atteindre le but qu'on se propose dans le traitement des fractures transversales de la rotule; ce procédé consiste à ouvrir l'articulation du genou, à débarrasser la cavité articulaire des caillots qui peuvent s'y trouver et à appliquer une suture osseuse sur les fragments de la rotule. Si l'on prend toutes les précautions antiseptiques et aseptiques, il est impossible de considérer cette opération comme dangereuse. A l'appui de sa thèse, Yakowleff cite quatre cas dont nous allons rapporter brièvement un. Il s'agit d'un homme de 32 ans entré à l'hôpital quelques jours après avoir subi un traumatisme de la rotule; celle-ci est divisée en deux parties par un sillon transversal.

On ouvre l'articulation par une incision transversale, on nettoie la cavité articulaire et, après avoir ravivé les bords des fragments osseux, on les réunit par trois sutures à la soie. Une autre suture à la soie réunit les bords du périoste et de l'expansion tendineuse. Enfin, la cavité articulaire est lavée avec une solution de sublimé de 1 pour 6000.

Les suites opératoires furent excellentes, sans la moindre fièvre. Le pansement est changé le quatorzième jour: on applique un appareil plâtré et le malade peut marcher à l'aide de béquilles; dix jours après, on commence le massage.

Dans les trois autres cas le résultat obtenu fut également fort satisfaisant.

B. Taft.

Bouton de Murphy. (*Medicins. Obosr.*, n° 7, 1897.) — En se basant sur les faits publiés jusqu'à présent et qui ont trait à l'emploi du bouton de Murphy, Trophimoff arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Le procédé de Murphy remplace avantageusement la suture circulaire.

2° Les avantages principaux sont : rapidité et solidité d'application ; absence des rétrécissements consécutifs.

3° Les inconvénients du procédé résultent des fautes techniques.

4° L'application des boutons n'a pas, semble-t-il, de contre-indications dans les opérations sur les voies biliaires et le canal intestinal.

5° Parmi les contre-indications, il faut signaler la tension excessive des bords qui doivent être réunis et leur épaisseur inégale.

6° Dans des cas particuliers il est indiqué de faire des sutures supplémentaires.

7° Le procédé Murphy mérite l'attention du chirurgien praticien.

B. Taft.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'ulcère gastrique par le repos absolu de l'estomac, par Mérigot de Treigny. (*Journal des Praticiens*, n° 33, p. 517, 1897.) — Le principe essentiel du traitement de l'ulcère de l'estomac consiste à obtenir le repos de l'organe (Cruveilhier). Dans les formes bénignes le repos général relatif et le régime lacté intégral peuvent suffire : mais, dans les formes graves, ce traitement ne réussit pas à calmer les douleurs et à conjurer les accidents. Le mieux est alors de mettre l'estomac au repos absolu, de confiner le malade au lit et de renoncer momentanément à toute tentative d'alimentation gastrique.

Certains médecins ont même voulu généraliser ce traitement en invoquant les dangers qui menacent tout malade atteint d'ulcère, alors même qu'il n'existe pas de symptômes immédiatement menaçants. Ratgen (de Hambourg) rejette systématiquement l'emploi de tout médicament et prescrit d'emblée à ses malades un repos complet, général et local pendant dix à quinze jours.

Pour immobiliser l'estomac la première condition est d'exiger du malade le repos absolu au lit et de réduire même dans cette position les mouvements au minimum. Habituellement on fait appliquer sur la région de l'estomac des compresses imbibées d'eau chaude et recouvertes de taffetas gommé. Dans le cas d'hémorragie ou de menace de perforation on remplace ces compresses par une vessie de glace.

On peut faire absorber de petits fragments de glace ou quelques cuillerées d'un mélange alcalin glacé, à condition de n'user que de petites quantités d'eau, mais à cela doit se réduire le rôle de l'estomac ; l'alimentation rectale doit venir suppléer à la suppression des fonctions gastriques. Le plus souvent on utilise les peptones, une cuillerée à soupe de peptones sèches, non acides, par lavement. D'après Beaumetz, ce sont les seuls principes capables de maintenir la température et l'excrétion de l'urée à un taux suffisant.

Par contre Ewald conclut à l'absorption et à l'effet utile des œufs, même non peptonisés et en fait, ils sont aussi très habituellement employés. Les recherches d'Huber ont montré qu'on en favorisait l'assimilation en les additionnant d'une petite dose de sel marin, 1 gramme par œuf, une plus forte dose amenant l'intolérance de l'intestin. Tantôt on ne donne que le jaune de l'œuf, tantôt on administre l'œuf entier, battu jusqu'à ce que le blanc ne file plus : même dans ce cas on n'aurait plus à redouter l'albuminurie.

Le véhicule est tantôt le lait, qui se mélange intimement aux œufs, tantôt le bouillon dégraissé à froid, pur ou additionné de vin, ce qui produit un effet plus stimulant. L'addition de laudanum à la dose de trois à cinq gouttes peut être utile pour faciliter la tolérance de l'intestin.

Quelle que soit la composition du lavement, la quantité ne doit guère excéder 200 grammes pour chaque dose. L'intestin débarrassé au préalable par un grand lavement s'il y a lieu, on introduit lentement ce liquide tiède au bain-marie. Le plus simple pour cela est de se servir d'une poire en caoutchouc ou de l'entéroclyseur auquel on adapte une sonde urétrale de caoutchouc rouge, dite sonde de Nélaton.

Ces lavements peuvent être répétés trois à quatre fois par vingt-quatre heures, soit toutes les six à huit heures. Si les lavements sont rendus immédiatement, on augmentera la dose de laudanum pour calmer les contractions de l'intestin ; les lavements provoquent-ils de la diarrhée ? il faut les espacer et l'on peut être conduit, en raison de ce fait, à renoncer au traitement.

Si le rectum peut être utilisé pour l'absorption de substances alimentaires, il doit surtout être employé à l'introduction de l'eau, qui est indispensable pour l'entretien de la vie.

Indépendamment des lavements alimentaires, on introduit 100 à 150 grammes d'eau par le

rectum et l'on répète cette introduction plusieurs fois par jour.

Contrairement à ce que l'on pourrait supposer *a priori*, l'amaigrissement, à la suite de la suppression de l'alimentation par la voie gastrique, n'est pas très considérable; il n'a pas dépassé 3,000 à 5,000 grammes dans un laps de temps moyen de quinze jours, chez la plupart des malades. L'atténuation rapide des douleurs et des vomissements est la conséquence ordinaire du repos absolu de l'estomac.

Les hémorragies de l'ulcère sont très souvent arrêtées par cette méthode, qui s'impose d'une façon absolue dans les cas de perforation.

La durée de l'application de la diète absolue est difficile à établir; elle dépend de la tolérance de l'intestin et de la résistance de l'état général. Dans bon nombre de cas on pourra persévérer dix à quinze jours (Ratgen) ou ving tjours (Donkin) et même plus. La disparition durable des douleurs et des vomissements est en général le meilleur signe d'une amélioration suffisante pour tenter la reprise de l'alimentation normale. D'autre part, le degré d'amaigrissement, l'état des forces, les caractères du pouls indiqueront la limite jusqu'à laquelle on peut sans danger continuer la diète.

G. Lyon.

Traitement de l'hyperacidité stomacale par l'eau alcaline effervescente. (*Therap. Monatshefte*, septembre 1897.) — Sous le nom d'eau alcaline effervescente forte et faible, le Pr Jaworski (de Cracovie) recommande les deux formules suivantes, destinées au traitement de l'hyperacidité stomacale :

1° Bicarbonate de soude.....	8	grammes.
Salicylate de soude.....	2	—
Biborate de soude.....	2	—

Pour un litre d'eau gazeuse.

2° Bicarbonate de soude.....	5	grammes.
Salicylate de soude.....	2	—
Biborate de soude.....	1	—

Pour un litre d'eau gazeuse.

Le malade pendra le matin à jeun un demi-verre de l'eau alcaline forte, et à la fin de tous les repas, un tiers à un demi-verre d'eau faible. Quand les phénomènes de fermentation prédominent, on prescrira l'eau alcaline forte plusieurs fois par jour. Le traitement exige la suppression de toute autre eau comme boisson.

Les avantages de ces deux formules seraient :

1° Suppression de la soif qui torture les malades; il suffit d'une petite quantité de ces eaux alcalines pour étancher la soif, d'ou suppression de l'effet fâcheux que les boissons en abondance produisent sur l'ectasie gastrique;

2° Disparition du pyrosis, de la sensation de gêne et des douleurs;

3° Suppression graduelle des fermentations, quand elles existent;

4° Dans les cas d'hypersécrétion stomacale continue, on arrivera à combattre les phénomènes subjectifs sans pouvoir cependant, dans quelques cas, diminuer l'acidité;

5° Les cas de lithiase rénale sont aussi justiciables de ce traitement, surtout quand on observe des troubles gastriques concomitants. On prescrira un litre d'eau d'eau alcaline faible par jour. Dans la cholélithiase, mêmes bons résultats, avec la même eau faible.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement du pneumothorax, par Béclère. (*Journal des Praticiens*, n° 36, p. 561, 1897.) — Quand le début du pneumothorax est brusque, ce qui est le cas le plus fréquent, on se trouve en présence d'un malade pris subitement d'une douleur extrêmement vive, d'une dyspnée très violente, angoissante, allant souvent jusqu'à l'orthopnée, avec pâleur ou cyanose de la face, sueurs visqueuses, accélération et petitesse du pouls, etc.

Le plus pressant est de calmer la douleur, de modérer la dyspnée. La morphine, en injections sous-cutanées, répond au mieux à cette double indication. Des ventouses sèches, appliquées en grand nombre sur le thorax combattent la congestion de l'autre poumon. Si cette congestion est intense, généralisée, les ventouses scarifiées sont préférables aux ventouses sèches.

Il est nécessaire d'agir contre le collapsus cardiaque par l'application d'un sac de glace sur la région précordiale, les injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'huile camphrée; les inhalations d'oxygène aident le malade dans sa lutte contre l'asphyxie.

Lorsque l'orage est apaisé, quelle conduite doit-on tenir?

Si le pneumothorax est ouvert, l'aspiration est inutile, puisque la plèvre, en libre communication avec les bronches, se remplira d'air au fur et à mesure qu'on cherchera à l'évacuer.

Par contre, si le pneumothorax est fermé (et il ne devient fermé qu'au bout d'un certain temps), l'aspiration sera dangereuse, car elle amènera facilement la rupture de la cicatrice encore fragile qui ferme la perforation pulmonaire.

On sait d'ailleurs que, la perforation une fois fermée, l'air intra-pleural ne tarde pas à être résorbé, si toutefois rien ne met obstacle au déplissement du poumon.

Reste donc le cas du pneumothorax à soupape.

Il y a une indication capitale d'évacuer l'air accumulé en excès dans la plèvre, sous une tension supérieure à celle de l'atmosphère et de supprimer ainsi la compression qu'il exerce sur les organes intra-thoraciques. On ne saurait, d'ailleurs, faire autre chose que de donner issue à l'excédent des gaz en abaissant la tension intra-pleurale jusqu'à ce qu'elle redevienne égale à celle du dehors; pour provoquer cette fuite de l'air en excès dans la plèvre, l'aspiration n'est nullement nécessaire et une simple ponction suffit.

On reconnaît que le pneumothorax est à soupape, à la dyspnée extrême, à l'intensité des troubles circulatoires, à l'exagération et à la plus haute tonalité du son de percussion, au caractère très accentué de l'amphorisme, au bruit d'airain, au tintement métallique, au déplacement au maximum des organes voisins; mais c'est seulement la ponction qui, en montrant la pression intra pleurale supérieure à la pression atmosphérique, permet de faire un diagnostic certain en même temps qu'un traitement rationnel. On doit faire la ponction, non avec un trocart, mais avec une aiguille fine. Pour se mettre à l'abri de la rentrée de l'air dans la poitrine pendant les grandes inspirations, on se sert d'un appareil très simple que l'on peut fabriqur soi-même. Il suffit d'engager et de fixer le pavillon de l'aiguille dans l'une des extrémités d'un tube de caoutchouc souple d'un demi-mètre de longueur, puis à l'autre extrémité de ce tube, d'adapter un tube de verre, long de 20 centimètres environ, enfin de plonger ce tube de verre verticalement dans un récipient quelconque contenant un peu de liquide, par exemple dans une éprouvette à pied dont le fond sera recouvert de 5 à 10 centimètres d'eau, de telle sorte que l'extrémité libre du tube de verre plonge dans l'eau; ce manomètre renseignera au mieux sur l'état de la pression intra-pleurale, en même temps qu'il rendra la ponction tout à fait inoffensive.

Une fois l'aiguille enfoncée dans la plèvre, si les gaz intra-pleuraux sont soumis à une tension supérieure à la pression atmosphérique, ils s'échappent aussitôt par l'aiguille, le tube de caoutchouc et le tube de verre et viennent crever à la surface de l'eau de l'éprouvette: les bulles d'air se succèdent jusqu'au moment où la pression de la plèvre est redevenue égale à celle de l'atmosphère. Le liquide du tube de verre et celui de l'éprouvette sont alors de niveau, au moins si le malade suspend sa respiration; on retire alors l'aiguille et l'on ferme ferme alors au collodion l'orifice de son trajet cutané. Par la morphine donnée *larga manu*, aide, dans la mesure du possible, à éviter les quintes de toux et le retour d'un excès de pression dans la plèvre.

Si au contraire, avant la ponction, la pression intra-pleurale est égale ou inférieure à la pression atmosphérique, aucune bulle de gaz ne s'échappe au travers du liquide de l'éprouvette et pendant que le malade se livre à de grandes inspirations, l'eau monte plus ou moins haut dans le tube de verre, donnant la mesure exacte de la pression négative de la cavité pleurale, mais sans jamais atteindre l'extrémité supérieure de ce tube, s'il a au moins 20 centimètres de hauteur. La ponction dans ce cas était inutile; il faut retirer aussitôt l'aiguille.

G. Lyon.

Etude clinique sur le strophantus. (*Association médicale américaine*, 3 juin 1897.) — Wilcox (de New-York) rappelle que pour obtenir des résultats il faut, quand il s'agit de strophantus : 1° être sûr de la bonne préparation du produit et de sa provenance; 2° s'abstenir de le prescrire dans les cas où la compensation a dépassé le but, dans ceux où existe une dégénérescence musculaire avancée ou des lésions valvulaires considérables; 3° éviter les doses trop élevées ou trop fréquemment répétées. Cinq gouttes, trois ou quatre fois par jour, constituent une dose très suffisante. L'auteur préfère le *Strophantus Kombé* (*var. pubescens*). L'action du cœur est relevée par la médication, sans qu'on n'observe aucune modification dans les vaisseaux sanguins : le strophantus paraît être un tonique purement cardiaque.

Comparé à la digitale, le strophantus présente une rapidité d'action plus grande, ne produit pas d'effets cumulatifs, ne modifie pas le calibre des artères. Il est indiqué chez les vieillards, les brightiques, les goutteux et les athéromateux. C'est le meilleur cardiaque pour les enfants.

E. Vogt.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique, par Balzer. (*Journal des Praticiens*, n° 32, p. 497, 1897.) — Il faut avant tout combattre les agents infectieux dans leur foyer, c'est-à-dire traiter l'urétrite par les injections, si elle est encore cantonnée dans l'urètre antérieure, par les lavages urétro-vésicaux, si elle est devenue totale.

Il faut conduire le traitement avec prudence, car un traitement local irritant pourrait donner un nouveau coup de fouet à l'infection générale blennorrhagique et provoquer de nouvelles arthrites.

Il conviendra d'essayer les lavages au permanganate de potasse avec des solutions d'abord faibles de 1/6000 à 1/4000 et progressivement plus fortes.

L'ichtyol ou l'oxycyanure de mercure, qui sont peu irritants, pourraient aussi être employés.

Traitement interne. — Les médicaments qui agissent le mieux sur l'urétrite paraissent sans action sur l'infection générale, notamment les balsamiques.

Le salicylate de soude ne donne pas d'aussi bons résultats que dans les affections rhumatismales. Cependant, d'après Balzer, il serait supérieur à tous les autres médicaments; on doit le donner à la dose moyenne de 4 grammes par jour. Dans ces derniers temps, le salophène (Muller, Darier, Béclère, Huot) a été administré comme succédané du salicylate de soude, à la dose moyenne de 3 à 4 grammes. Quand on échoue avec ces médicaments, il faut craindre de ne pas réussir mieux avec les autres tels que l'antipyrine, l'asaprol, le salol, la quinine, etc. L'iodure de potassium (3 à 5 grammes par jour) peut être essayé dans les cas chroniques, surtout lorsque l'urétrite est déjà guérie, car l'iode a quelquefois l'inconvénient d'irriter le canal. Rayer, Jullien, Morel-Lavallée ont préconisé les mercuriaux.

Arthrite blennorrhagique aiguë. — Traitement local : Pendant la période aiguë, on peut immobiliser les jointures malades dans une gouttière convenablement garnie d'ouate ou bien simplement à l'aide d'un bandage ouaté compressif.

L'application d'un sac de glace rend les plus grands services dans les arthrites très douloureuses.

Lorsque le soulagement est obtenu, on peut alors avoir recours comme topiques aux liniments laudanisés et chloroformés, mentholés, au gaïacol (en pommade à 5 0/0).

Balzer emploie beaucoup la pommade de Bourget (de Lausanne) :

Acide salicylique.....	àà 10 grammes.
Lanoline.....	
Axonge.....	80 —

Cette pommade est appliquée en couche épaisse à la surface de l'articulation que l'on enveloppe ensuite d'un épais bandage ouaté compressif. Lucas-Championnière a recommandé l'onguent napolitain en couche épaisse avec un bandage compressif.

Balzer emploie encore les bains chauds térébenthinés dont la formule est la suivante :

Emulsion aqueuse de savon noir.....	àà 100 grammes.
Essence de térébenthine	

Agiter ce mélange au moment de préparer le bain.

On peut aussi émulsionner la térébenthine avec la décoction cencentrée de bois de Panama, ou encore à l'aide du carbonate de soude (Smith).

La dose du mélange est en moyenne de 200 à 400 grammes pour le bain général. Il faut toujours procéder graduellement et tâter la susceptibilité de la peau du malade pour l'essence de térébenthine.

Ces malades ont supporté jusqu'à 600 et même 800 grammes de mélange dans un grand bain. Le bain est donné à une haute température.

Ces bains sont indiqués dans le cas de rhumatisme polyarticulaire ou lorsque le bain local n'est pas applicable (articulation de l'épaule, de la hanche, du cou).

Ils déterminent une vive rougeur de la peau avec une cuisson qui est surtout accentuée à la peau des organes génitaux, ou scrotum. On atténuera ce petit inconvénient à l'aide d'onctions de vaseline. La durée du bain est d'une demi-heure environ.

Les bains locaux s'emploient dans les rhumatismes blennorrhagiques des membres, pour les articulations qui se prêtent à ce traitement; poignet, coude, cou-de-pied, genou. La température de ce bain peut être portée très haut, à 45°-50° et même au-dessus. Le dosage du mélange térébenthiné peut être également très fort, atteindre le double proportionnellement de ce qui est employé pour le bain général.

Avant d'avoir recours aux bains térébenthinés, il faut d'abord s'en tenir à l'immobilisation ; on n'abandonnera celle-ci que quand les phénomènes aigus seront calmés.

Rhumatisme blennorrhagique chronique. — Dans un certain nombre de cas la guérison se fait attendre longtemps : l'arthrite devient chronique, soit à l'état d'hydrarthrose, soit à l'état d'arthrite et de périarthrite chronique fréquemment accompagnées d'atrophie musculaire. Souvent encore les douleurs persistent, bien qu'il n'y ait pas de déformation articulaire.

Bon nombre de cas de rhumatismes blennorrhagiques arrivent ainsi à l'état chronique parce qu'ils n'ont pas été suffisamment traités pendant l'état aigu, parce qu'on a négligé l'urétrite et parce qu'on a prolongé l'immobilisation complète trop longtemps. Celle-ci doit être cessée dès que l'intensité des douleurs le permet.

Lorsqu'on voit l'arthrite menacer de passer à l'état chronique, on essaie de la révulsion et du massage ; on pourra associer l'électrisation à la révulsion pour laquelle on emploiera de préférence les pointes de feu et les badigeonnages de teinture d'iode. Les bains térébenthinés rendent les plus grands services dans ces cas, non seulement dans le rhumatisme articulaire, mais aussi dans les autres localisations de l'infection, dans les synovites tendineuses, dans la talalgie (Jacquet), dans les névralgies diverses, notamment dans la sciatique. On recommande aussi les bains de vapeur thermo-résineux obtenus avec le pin Mugho, les bains de vapeur simples, les douches de vapeur, les douches chaudes sulfureuses et térébenthinées.

Dans quelques cas chroniques Balzer a employé avec succès l'enveloppement des jointures malades avec des sacs de toile allongés et remplis de sable chauffé. Ce sable peut être porté jusqu'à 80° et 90°. On enroule ces sacs autour de l'articulation en les séparant seulement de la peau à l'aide de compresses de toile, d'une flanelle ou d'un mince bandage ouaté.

Lorsque cela est possible, on peut conseiller aux malades les stations d'eaux sulfureuses ou chlorurées sodiques : Aix en Savoie, Luchon, Cauterets, Ax, Dax, Bourbon-l'Archambault, Salins, Salies-de-Béarn.

Traitement chirurgical. — Dans les cas d'hydarthrose rebelle avec épanchement considérable, on a recommandé la compression méthodique.

Dans les cas d'arthrite purulente, l'aspiration du liquide peut parfois suffire, suivie ou non de l'injection par l'aiguille qui a servi à l'aspiration, de 5 à 6 centimètres cubes d'une solution de sublimé à 1/4000.

Dans les cas graves où interviennent non seulement le gonocoque, mais aussi les microbes pyogènes, l'arthrotomie peut devenir nécessaire. A part ces cas, l'arthrotomie précoce, préconisée par quelques-uns, est à repousser ; il ne faut pas perdre de vue que l'arthrite n'est qu'une localisation de l'infection générale blennorrhagique qui peut persister longtemps après la guérison de l'urétrite et qui peut se manifester de nouveau sur l'articulation déjà prise, même après un succès opératoire complet.

G. Lyon.

Traitement de la lèpre. (*Deutsche med. Zeitung*, n° 57, 1897.) — Ed. Joseph donne l'observation détaillée d'un cas de lèpre datant de dix ans environ et ayant résisté à toutes les médications : l'extrait de chélidoine en pilules à 0,10 grammes, puis 0,16 grammes trois fois par jour, des injections sous-cutanées d'une solution d'extrait de chélidoine à 10 0/0, des frictions locales avec une pommade à 10 0/0 de la même substance, donnèrent des résultats inattendus, surtout lorsque l'auteur se décida à adjoindre de l'airol à sa pommade :

Lanoline		70 grammes.
Extrait de chélidoine	} ãã	10 —
Airol		
Résorcine		

Usage externe.

L'extrait fraîchement préparé de chélidoine présente surtout une action thérapeutique remarquable : les injections dans la masse des lépromes provoquèrent en peu d'heures une suppuration suivie de guérison des tumeurs. Le traitement, continué pendant un an, a en outre entièrement débarrassé le malade de ses douleurs ; les troubles de sensibilité ont de même totalement disparu.

L'auteur n'a pas trouvé dans la littérature d'indications concernant l'emploi de la chélidoine dans les cas de lèpre : il recommande tout spécialement sa méthode, qui semble efficace, bien qu'elle n'ait jusqu'ici qu'un seul cas à son actif.

E. Vogt.

La nutrition du cheveu. (*Deutsche med. Zeitung*, n° 59, 1897.) — Deichler constate qu'on s'est trop peu préoccupé, jusqu'à ce jour, dans les cas où le cheveu, pour une raison quelconque, subit une dégénérescence, de l'étude des anomalies du tissu corné et des moyens de favoriser une production plus abondante de ce tissu. On ne connaît guère, à ce point de vue, que l'action de l'arsenic, mais il existe d'autres substances capables de fortifier le tissu corné.

L'examen chimique du cheveu humain montre qu'il se compose : 1° d'un tissu conjonctif à base de gélatine, donnant au cheveu sa forme et son élasticité ; 2° d'un composé sulfuré contenant jusqu'à 5 0/0 de soufre ; 3° de quelques corps

gras, de fer (0,4 0/0) et de quelques sels inorganiques en petites quantités.

Il est facile de s'expliquer d'où proviennent les substances rangées sous les rubriques 2 et 3, car elles existent dans le sérum sanguin, mais il n'en est pas de même pour le tissu conjonctif.

Parmi les trois albuminoïdes que l'on trouve dans l'organisme des animaux supérieurs, la kératine, l'élastine et le collagène, cette dernière seule est digestible : elle constitue la base organique des os et des cartilages, et présente, sous forme de gélatine, un aliment très assimilable, que l'on a eu le tort de condamner après l'avoir prôné jadis comme un aliment complet.

L'auteur a fait une série d'expériences, en administrant à des sujets des deux sexes des potages préparés avec deux parties de viande et une partie d'os, soumises à une cuisson prolongée. On se servit aussi de gélatine tirée de la corne de cerf râpée, ou encore de gélatine du commerce.

Chez les personnes âgées, cette alimentation provoqua une tonification de l'état général : la peau devient plus élastique, elle prit un aspect plus juvénile : chez les personnes plus jeunes, l'influence sur la chevelure fut remarquable; les poils atrophiés et faibles reprirent leur volume et leur élasticité, la chute des cheveux fut enrayée : les ongles devinrent brillants et transparents.

L'auteur croit qu'une alimentation systématique par les collagènes, comme adjuvant au régime ordinaire, représente, dans les cas de faiblesse du tissu corné capillaire, une innovation diététique qui a son importance.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Chirurgie du rein et de l'uretère. (In *Congrès de Moscou*, août 1897.) — Tuffier se base sur 156 opérations portant sur le rein.

Il fait beaucoup plus rarement qu'autrefois la néphropexie; il a fait 30 néphrectomies, les unes partielles, les autres par morcellement, les autres totales. Dans les traumatismes du rein il faut être conservateur.

Gersuny, malgré le cathétérisme des uretères a été induit en erreur et conduit à une néphectomie qui a été fatale (l'autre rein était suppuré, sauf une pyramide restée saine). Il conclut à préférer l'incision exploratrice.

Kuster, à propos des tumeurs malignes du rein, dont la mortalité opératoire a baissé de 60 à 41 0/0, classe les tumeurs en trois groupes :

a) *Cancer* proprement dit, dur, perforant vite la capsule et adhérant vite;

b) *Sarcome* — chez l'enfant — perforant tardivement la capsule et ne donnant que des adhérences inflammatoires;

c) Tumeurs des capsules surrénales.

Il n'opère pas les tumeurs immobilisées, il opère par la voie lombaire les tumeurs mobiles et par la voie abdominale les tumeurs semi-mobiles.

Israel rapporte six cas d'opérations pour tumeurs malignes du rein qui, après 3 ans, 9 ans, 10 ans et demi n'ont pas récidivé.

Jonnesco pour la néphropexie fait la décortication et se sert de fils d'argent.

Albarran a fait une centaine d'opérations portant sur le rein et l'uretère.

Il conseille le cathétérisme de l'uretère pour l'hydronéphrose à demeure ou temporaire.

Pour la pyonéphrose il conseille la néphrotomie combinée avec la sonde uretérale à demeure.

Il traite les fistules rénales purulentes par le nettoyage de la fosse lombaire, la néphrectomie et l'uretérectomie; les fistules urinaires par la sonde uretérale ou l'uretéropyélostomie ou la néphrectomie.

Il rejette l'opération pour les gros néoplasmes de l'adulte : pour les autres il a vu la récidive presque toujours; il rejette la néphrectomie partielle dans les adénomes; il fait la néphrectomie précoce dans la tuberculose du rein.

D'Antona donne des conclusions se rapprochant de celles des auteurs précédents.

E. Chevalier.

Prostatectomie contre les accidents du prostatisme et la rétention, par Prédal. (*Thèse de Paris*, 1897.) — Elève de Desnos, l'auteur essaie de faire sortir de l'oubli la prostatectomie.

Elle donne de bons résultats contre les difficultés et les hémorragies du cathétérisme.

Elle supprime l'obstacle mécanique qui gêne l'émission des urines, guérit la rétention ou tout au moins donne une amélioration durable. Plus le malade est jeune, plus on a de bons résultats.

Il faut enlever le plus possible de prostate, et opérer par la voie sus-pubienne.

Elle est contre-indiquée chez les sujets dont l'atonie vésicale est irrémédiable.

E. Chevalier.

Traitement de la tuberculose du testicule. — I. Degrenne (*Thèse de Paris*, 1897) arrive aux conclusions suivantes :

Dans la tuberculose primitive du testicule il faut distinguer deux cas.

Si le malade est âgé et a passé l'âge de la vie génitale le traitement est la castration.

Si le malade est jeune il faut faire une résection partielle ou totale de l'épididyme ou le curettage réglé de Quénu, ou bien des injections de chlorure de zinc à la méthode sclérogène.

Si ces procédés sont inapplicables, pour éviter la castration on fera la destruction ignée comme Reynier : elle laissera au malade un moignon testiculaire.

Le traitement général comme adjuvant est indispensable.

II. Dimitresco (*Thèse de Paris*, 1897) conclut aussi à la contre-indication de la castration, et au point de vue moral et au point de vue fonctionnel.

Il conseille l'épididymectomie, si le corps du testicule est indemne, en évitant la blessure des vaisseaux et nerfs spermatiques pour éviter l'atrophie testiculaire.

E. Chevalier.

Intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale, par Percheron. (*Thèse de Paris*, 1897.) — La tuberculose rénale, primitive ou secondaire, a trois formes principales : hématurique, douloureuse, pyélonéphritique.

Elles deviennent souvent l'indication d'une intervention chirurgicale :

1° *Néphrotomie*, opération palliative, seule à faire si l'état général est mauvais, ou l'autre rein douteux : 18 0/0 de fistules.

2° *Néphrectomie secondaire*, en présence de la fistule, et quand l'état général est remonté.

3° *Néphrectomie primitive*, si la tuberculose est unilatérale, sans grandes lésions viscérales, et quand le rein est farci d'abcès.

E. Chevalier.

Traitement du varicocèle. (*Wiener med. Zeitung*, n° 21, 1897.) — Le Pr Englisch (de Vienne) a recours au procédé suivant pour la cure du varicocèle : on fait marcher le malade pour provoquer un gonflement des veines atteintes, puis, le malade s'étant couché, un aide comprime le cordon à l'orifice externe du canal inguinal. L'opérateur enfonce alors dans le paquet veineux la canule d'une seringue de Pravaz contenant de l'alcool à 60° et injecte dans l'intérieur des veines le contenu de la seringue. L'opération est indolore : la malade ressent une sorte de chaleur qui l'envahit tout entier. Localement, il se forme une tumeur circonscrite qui s'étend peu à peu aux régions voisines, et sur laquelle on distingue nettement les veines thrombosées, sous forme de cordons durs. Quand le tissu cellulaire du voisinage est fortement intéressé dans le processus inflammatoire, on ne peut distinguer les veines thrombosées et la tumeur prend alors la forme d'un cylindre ou d'un œuf, dont le grand axe est placé dans la direction du cordon et qui remonte jusqu'à l'orifice du canal inguinal. La tumeur se contracte ensuite peu à peu et durcit : au bout de deux à trois semaines, on ne retrouve plus qu'un cordon cylindrique gros comme un doigt. Le testicule et l'épididyme réagissent à peine.

La méthode ne présente aucun inconvénient et permet de supprimer tous les troubles provoqués par le varicocèle, ainsi que le démontrent les observations prises ; plusieurs malades sont déjà opérés depuis quelques années. Les fonctions génitales ne subissent aucune modification.

E. Vogt.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

La castration abdominale totale pour les lésions septiques utéro-annexielles ; cœlio-salpingo-oophorectomie, par Th. Jonnesco (de Bucharest. (*Congrès de Moscou.*) — Après un résumé rapide et complet de l'historique de la question, et après avoir montré comment, partisan convaincu autrefois de l'efficacité absolue de la castration vaginale totale, il en est venu à préférer la castration totale par l'abdomen, l'auteur expose très en détails sa technique opératoire.

La cavité abdominale étant ouverte, il procède à la destruction des adhérences, dont il explique la formation à droite par la présence du ligament unissant les annexes à l'appendice, et à gauche par celle du ligament existant entre le côlon pelvien et les annexes de ce côté (ligament *infundibulo-colique* de Jonnesco). Le annexes du côté gauche sont isolées : un fil double est passé au moyen d'une aiguille de Cooper sous le pédicule et la section est faite entre les deux ligatures, isolant ainsi le faisceau vasculaire utéro-ovarien : la même section entre deux ligatures est pratiquée sur le ligament rond à 6 ou 7 centimètres du bord de l'utérus. Mêmes manœuvres du côté opposé. Les annexes de l'uté-

rus forment ainsi un tout complet. Une incision allant d'un ligament large à l'autre est faite sur la face antérieure de l'utérus au-dessus du repli utéro-vésical. La vessie est décollée jusqu'au vagin avec le doigt et les ciseaux : ceux-ci doivent avoir toujours la pointe dirigée vers la paroi utérine comme s'ils devaient la traverser. Ouverture du cul-de-sac vaginal par l'abdomen. Au moyen d'une pince de Museux appliquée par l'espace créé pour le décollement de la vessie, on saisit la lèvre antérieure du col et on attire celui-ci en haut, faisant ainsi basculer le fond de l'utérus vers le Douglas : sur le bord inférieur du ligament large ainsi attiré en haut vers l'opérateur, on dissèque le feuillet péritonéal avec la pince à dissection et la sonde cannelée : l'on trouve aisément alors l'artère utérine, qui est isolée et liée à 2 centimètres du bord de l'utérus, dans le trajet tortueux qu'elle décrit avant d'atteindre le bord de celui-ci et d'émettre les rameaux destinés à la vessie et au vagin. Même opération du côté opposé. On sectionne ensuite les culs-de-sac postérieur et latéraux au niveau de l'insertion du vagin sur le col, en tordant le col au moyen du Museux, dans tous les sens nécessaires. L'utérus et les annexes, cette fois entièrement libérés, sont alors enlevés d'un seul coup.

On pince les petites artérioles qui saignent en avant et en arrière de la brèche et on nettoie doucement la cavité pelvienne avec de la gaze stérilisée. Un surjet au catgut referme l'orifice en accolant l'un à l'autre les deux feuillets péritonéaux opposés, en ayant soin de refouler les pédicules au-dessous, à moins que l'on ne juge utile de pratiquer le drainage; celui-ci n'est vraiment utile que lorsqu'on a ouvert les poches annexielles et laissé leur contenu contaminer le péritoine. Dans ce cas on borde la brèche avec un surjet qui réunit la section péritonéale à la section vaginale sur tout le pourtour : une pince longue, introduite par le vagin, attire à la vulve, à travers le pelvis, deux ou trois lanières de gaze stérilisée : cette pince reste en place de cinq à six jours.

L'abdomen est refermé par une suture à quatre étages.

La vessie est sondée toutes les quatre heures. Injections vaginales à partir du sixième jour.

R. Blondel.

Traitement de la vulvo-vaginite chez les petites filles. (*Médecine moderne*, 22 septembre 1897.) — M. Comby établit tout d'abord une différence entre les cas où la vulvo-vaginite est d'origine gonococcique, et ceux où celle-ci est d'origine simple, catarrhale, la première survenant quelquefois par contagion directe, mais le plus souvent par contagion indirecte (linges, objets de toilette), l'autre résultant de traumatismes, de malpropreté, lymphatisme, et venant souvent compliquer une maladie aiguë fébrile (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc.). La première est due au gonocoque, dans la seconde on rencontre tantôt le streptocoque, tantôt le staphylocoque, tantôt le coli-bacille.

1° *Traitement de la vulvo-vaginite gonococcique.* — Si l'inflammation est très aiguë, accompagnée d'érythème génital et périgénital, de dyspnée, de douleurs pendant la marche, on prescrira le repos au lit, on donnera un bain tiède émollient, et on appliquera sur la vulve en permanence des compresses boriquées ou sublimées (1 pour 4000). Quand la réaction inflammatoire aura cédé, on saupoudrera la vulve avec un mélange d'amidon, de talc, de lycopode, d'acide borique (parties égales), et l'on placera un tampon d'ouate garni de la même poudre entre les grandes lèvres; de plus, après chaque miction on pratiquera un lavage à l'eau bouillie tiède. Le régime alimentaire sera émollient : lait, tisanes, bouillon, potages.

Après ce traitement préliminaire, on attaquera directement la vulvo-vaginite. Pour cela on pratiquera de grandes irrigations vulvaires et vaginales avec une solution de permanganate de potasse à 1 pour 1000. On se servira pour faire ces injections d'une canule simple ou d'une sonde de Nélaton de petit calibre, et l'on fera passer au moins un demi-litre de la solution. Ces injections seront faites d'abord deux fois par jour, puis une seule, puis une tous les deux jours, deux par semaine, une par semaine, etc.

On peut aussi se servir d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100 (quelques grammes seulement à l'aide d'une petite seringue.

Les crayons médicamenteux doivent être délaissés.

2° *Traitement des complications de la vulvo-vaginite gonococcique.*

Contre la *cystite* on emploiera au début le repos au lit, les bains, les cataplasmes émollients sur l'épigastre, les tisanes, le lait, etc. Si les urines sont purulentes et sanguinolentes, on fera des lavages de la vessie avec de l'eau boriquée tiède.

Si la muqueuse urétrale fait saillie au dehors on pratiquera de petites cautérisations au nitrate d'argent (1 pour 50) ou, s'il le faut, on l'excisera.

La péritonite et la salpingite nécessiteront la diète et le repos au lit, l'application de glace sur le ventre et l'administration de l'opium à l'inté-

rieur : en général la péritonite gonococcique guérit bien.

Contre le rhumatisme on aura recours à l'immobilisation, la compression, les pointes de feu, et dans les formes chroniques, au massage.

3° *Traitement de la vulvite simple.*

On se contentera dans ces cas de laver la vulve deux ou trois fois par jour à l'eau boriquée.

Quant aux vulvites spécifiques (muguet, diphtérie, syphilis) on emploiera le traitement spécial approprié.

E. THIERCELIN.

Alumnol dans les affections utérines. (*Journal russe d'accouchements*, n° 5, 1897.) — POTEIENKO propose de traiter les différentes affections de l'utérus et surtout les affections de nature inflammatoire par des injections intra-utérines de solution alcoolique d'alumnol et d'iode à 5 0/0 :

Alumnol.....	2 gr. 5
Teinture d'iode..... }	ãã 25 grammes.
Alcool..... }	

Une seringue de Braun à la fois.

C'est dans les endométrites catarrhales chroniques et les endométrites puerpérales subaiguës que les injections en question donnent le meilleur résultat. Ajoutons que dans ces cas la guérison est plus stable que dans d'autres.

Dans la majorité des cas, vingt-cinq à trente injections suffisent. Les douleurs et la tuméfaction dans la région annexielle ainsi que les hémorragies qui sont en rapport avec l'endométrite et les néoformations fibromateuses diminuent assez rapidement et même souvent disparaissent définitivement.

Les injections d'alumnol sont accompagnées d'exagération de la sécrétion muqueuse de l'utérus et de cessation de la menstruation. Bien souvent les règles ne reparaissent pas avant six semaines à deux mois après la terminaison du traitement.

Les injections sont dans la majorité des cas peu douloureuses et même pas douloureuses du tout; en tout cas, elles ne présentent aucun danger.

Les douleurs sous forme de coliques ne surviennent que lorsque l'alumnol tombe dans une trompe malade. Mais dans ces cas il suffit de mettre sur le ventre de la glace pendant une demi-heure, une heure tout au plus, pour voir ces douleurs disparaître totalement.

B. TAFT.

Obstétrique.

Dr L. DÉMELIN
Accoucheur des hôpitaux.

Cancer utérin et grossesse, par BOSCHE. (*Thèse de Paris*, 1897.) — L'auteur consacre la majeure partie de son travail à la thérapeutique du cancer utérin considéré au point de vue obstétrical.

Parmi les interventions qui, selon lui, doivent être condamnées chez les femmes enceintes atteintes de cancer utérin, il range :

1° *L'avortement provoqué;* car, faire cesser la grossesse n'aurait d'intérêt que tout à fait au début, alors que les phénomènes congestifs n'ont pas encore imprimé un caractère rapidement progressif au cancer. Mais Pozzi nous dit très bien que le diagnostic de grossesse est impossible chez une femme atteinte de cancer de l'utérus avant le quatrième mois.

2° *L'extirpation du col* : si dans quelques cas la mère a pu tirer de ce procédé une amélioration momentanée, dans la majorité des cas, le résultat est, pour elle, défavorable. L'accouchement n'est en rien facilité, au contraire, et le fœtus court les plus grands risques.

3° *Les hystérectomies totales*, qu'il s'agisse de l'*opération de Freund* (opération césarienne pendant la grossesse suivie immédiatement de l'ablation totale de l'utérus) ou de l'*opération de Mackenrodt* (ablation totale de l'utérus, non évacué préalablement, précédée du curettage par le vagin du col cancéreux et de la suture des surfaces cervicales cruentées) ou enfin de l'*hystérectomie vaginale*.

Bosche rejette donc toutes les méthodes curatives du cancer pendant la grossesse et conseille d'attendre le terme.

Il considère comme légitimes :

Le *curettage du col*, pour lutter contre les hémorragies graves;

L'*accouchement provoqué*, lorsque l'enfant est vivant et viable et que la mère est gravement menacée.

Pendant le travail, on doit se rappeler que l'accouchement a souvent eu lieu spontanément. Si la dilatation se fait mal, on peut employer l'écarteur de Tarnier, ou le ballon de Champetier. M. Guéniot a recours à de petites incisions multiples faites sur le col utérin; malheureusement elles ne mettent pas complètement à l'abri de la rupture utérine.

Voici l'opinion de Bar (cité par Bosche) sur cette intervention :

« Les incisions pratiquées sur le col ne sont pas une opération banale et sans importance,

qu'on doit appliquer indistinctement à tous les cas.

« Elles rendent des services quand la dilatation est incomplète, mais suffisamment avancée pour qu'on puisse, au prix d'un faible traumatisme, espérer terminer facilement l'accouchement par les voies naturelles.

« Elles seront surtout indiquées dans de telles circonstances, si les parois ne sont pas très épaisses.

« Elles seront contre-indiquées dans tous les cas où la dilatation est nulle ou bien à peine commencée quand les tissus envahis par le cancer forment une masse consistante et fort épaisse. »

Quand la dilatation est suffisante, on peut faire une application de forceps, ou, si l'enfant est mort une basiotripsie d'emblée.

L'opération césarienne est l'intervention de choix quand le col est envahi sur tout son pourtour, et que la dilatation ne peut pas se faire. Le moment d'élection est la fin de la grossesse, avant tout début de travail. Le pronostic est d'autant plus grave qu'on aura attendu davantage et que l'accouchement sera commencé depuis plus longtemps.

On donnera toujours la préférence à la méthode conservatrice lorsque l'hémorragie ou l'infection n'obligeront pas d'enlever l'utérus en totalité.

« Il ne semble pas rationnel de compléter l'opération césarienne en faisant l'amputation de la partie supra-vaginale de l'utérus par la méthode de Porro, car les tissus, en partie dégénérés, qui devraient constituer le pédicule, seraient presque fatalement voués à la gangrène.

« On ne devrait songer à l'amputation de Perro que dans le cas où il y aurait rupture de l'utérus et quand les lèvres de la plaie utérine sont si irrégulières que toute suture devient impossible.

« On ne peut conseiller de terminer l'opération césarienne par l'extirpation totale de l'utérus. Quand le cancer du col est assez étendu pour opposer une résistance notable à l'accouchement, la récidive sera certaine.

« De plus, faire l'extirpation après un long travail ou sur une femme épuisée par des hémorragies, c'est s'exposer sans bénéfice à voir la femme succomber à des phénomènes de schock ou à l'anémie suraiguë. » (Bar.)

DEMELIN.

Emploi du vératrum viride dans les convulsions puerpérales. (*Boston med. and Surg. Journ.*, avril 1897.) — W.-H. THAYER préconise le vératrum viride dans les convulsions puerpérales et dans celles des enfants. Il le donne en teinture à hautes doses (4 grammes). Fearn (de Brooklyn) en a fait usage sous cette forme en 1869, et depuis lors ce médicament a joui d'une constante faveur. Il réduit le chiffre des battements du pouls à 60 et au-dessous, sans pour cela diminuer leur amplitude ni affaiblir la contraction cardiaque.

R. BLONDEL.

De quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire pendant la grossesse, par BOISSARD. (*Journal des Praticiens*, n° 35, p. 545, 1897.) — Il va sans dire que les différents emménagogues (rue, sabine, armoise, apiol) seront bannis de l'arsenal thérapeutique, non seulement chez les enceintes, mais surtout chez les femmes où l'on soupçonne la possibilité d'un début de grossesse.

Le sulfate de quinine et le salicylate de soude ont été considérés à tort comme des médicaments abortifs; on ne devra pas se priver de leurs services, en cas d'impaludisme ou de rhumatisme articulaire aigu. Seul le seigle ergoté sera rejeté, même en cas d'hémorragies pendant la grossesse.

Les médicaments stupéfiants analgésiques ou anesthésiques peuvent être administrés sans crainte; le laudanum, en particulier, est admirablement bien supporté par les femmes enceintes qui, en cas de menaces d'avortement, peuvent en prendre jusqu'à cent gouttes, en quatre fois, dans les vingt-quatre heures, en lavement.

D'une façon générale, si l'on doit bannir de la pratique l'emploi des purgatifs drastiques (eau-de-vie allemande) et des pilules qui renferment de l'aloès, il y aura tout avantage à entretenir un bon et régulier fonctionnement de l'intestin par l'huile de ricin, le cascara, le séné.

G. LYON.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Le pouvoir désinfectant du chinosol. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 9 septembre 1897. — Le Pr GIOVANNINI a démontré, il y a quelque temps déjà, que le sublimé présentait une action désinfectante indéniable sur le poison du chancre mou, mais les inconvénients inhérents à l'emploi de ce toxique sont trop connus pour qu'on ne doive pas chercher à le remplacer par une substance qui serait aussi efficace tout en restant moins dangereuse. Le chinosol ayant été, dans ces derniers temps, recommandé comme

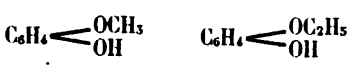
un produit quarante fois plus désinfectant que l'acide phénique et exempt de toxicité pour ainsi dire, l'auteur a expérimenté chez six malades atteints de chancres mous, l'action de ce topique.

On pratiqua, sur les malades atteints de chancres, des inoculations : sur la peau de la cuisse, on enleva, sur une longueur de 13 millimètres et une largeur de 1 à 3 millimètres, par abrasion, la couche supérieure du derme, puis on prit sur les ulcères les plus jeunes un peu de pus et on l'étendit sur la petite plaie de la cuisse. Au bout de dix minutes, on lava la plaie (nous passons sur les détails) avec des solutions de chinosol, en commençant par 1 00/00 : cette concentration ne suffit pas pour empêcher le développement du chancre : on concentra vainement le liquide, même à 5 0/0, les ulcères se développèrent. L'apparition du chancre, qui a lieu trois à cinq jours après l'inoculation quand on n'applique aucun désinfectant sur la plaie artificielle (expériences de contrôle), ne fut en rien retardée par le chinosol : il fallut des solutions à 3 0/0 pour retarder cette apparition au septième jour. Ces résultats sont loin d'être comparables à ceux que donne le sublimé : ce dernier en solution de 1 : 4000, empêche la transformation de la plaie artificielle en chancre.

Dans une autre expérience, l'auteur a pu reconnaître qu'un lavage à 5 0/0 d'acide phénique donne les mêmes résultats que le sublimé, ce qui démontre définitivement que le pouvoir désinfectant du chinosol est beaucoup plus faible que celui des deux substances en expérience.

E. Vogt.

Le guéthol. (*Therap. Wochenschrift*, n° 30, 1897.) — Le guéthol, que de Buck (de Gand) vient d'expérimenter, est un dérivé du gaïacol, le groupe méthyl ayant été remplacé par de l'éthyl dans la molécule.



Gaïacol. Guéthol.

Le guéthol se présente sous l'aspect d'un liquide huileux, cristallisant sous l'influence de basses températures, insoluble dans l'eau et la glycérine, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. On le prescrit dans du lait (cinq à sept gouttes trois fois par jour), ou sous forme de potion : guéthol, 4 grammes; alcool à 80°, 30 grammes; eau distillée, 40 grammes; sirop de codéine, 30 grammes : trois cuillerées à soupe par jour, avant les repas.

Le médicament nouveau se rapproche beaucoup du gaïacol et présente les mêmes propriétés, avec cette différence que l'action analgésique est beaucoup plus marquée : les badigeonnages de guéthol dans les cas de névrites ou de névralgies donnent d'excellents résultats. On se servira aussi avec succès de la pommade suivante : vaseline, 30 grammes; guéthol, 5 grammes. On peut aussi faire des injections hypodermiques d'une émulsion glycérinée à 10 0/0 : l'effet analgésique dure trois à quatre heures.

Dans un cas de cystite tuberculeuse douloureuse, avec ténesme intense, l'injection intravésicale de 5 centimètres cubes d'une émulsion glycérinée à 10 0/0 de guéthol fit disparaître en quinze jours le ténesme.

En résumé, le produit nouveau présente un grand intérêt au point de vue de son action analgésique, et c'est dans cette direction qu'il faudra procéder à de nouvelles expériences; les premiers résultats sont fort encourageants.

E. Vogt.

FORMULAIRE

Traitement du coryza.

1° Menthol	50 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque au salol	2 grammes.
Acide borique pulvérisé	8 —

M. s. a. pour priser.

(Garel.)

2° Ichtyol	50 centigr.
Ether }	ââ 50 grammes.
Alcool }	

Pour pulvériser dans les fosses nasales.

(Unna.)

Mixture contre le ver solitaire.

Alcool	8 grammes.
Chloroforme	80 centigr.
Essence de térébenthine rectifiée }	ââ 4 grammes.
Extrait éthéré de fougère mâle }	
Glycérine	15 grammes.

Une demi-cuillerée à bouche d'heure en heure.

(Chamberlin.)

PETITE CHRONIQUE

La *Presse médicale*, la *Médecine moderne*, etc., publient d'excellents articles de leurs correspondants, retour du Congrès, disant avec une franchise salutaire, combien il fut regrettable que l'élite de nos grands noms médicaux se soit abstenue dans une aussi forte proportion de prendre part à une réunion internationale qui prend de plus en plus la valeur d'une véritable *Exposition médicale*, exposition des hommes et des idées, cette fois en pays sympathique, où cependant, en tant qu'exposants, nous avons laissé les Allemands nous distancer de beaucoup comme quantité et comme qualité, et ceci, comme on l'a bien fait remarquer, par simple défaut d'organisation.

Alors que les Allemands avaient préparé leur Congrès à l'avance comme une véritable mobilisation, en trente-cinq séances, que Virchow présida toutes lui-même, de façon à donner en masse sur le champ de bataille, à l'heure décisive, — inutile de rappeler depuis quand nous connaissons cette tactique de leur part, — il n'existait chez nous aucune trace de préparation du Congrès. Le dévoué secrétaire de l'Association de la Presse médicale a reçu les souscriptions que l'on voulait bien lui envoyer et les journaux médicaux ont publié ponctuellement les circulaires que le Comité de Moscou adressait à Paris, et ce fut tout. Et c'était tout ce que l'on pouvait faire, du moment que les grands personnages se désintéressaient de la question d'une manière aussi complète. Le comité de patronage s'est-il réuni une seule fois? Y en a-t-il même eu un? Si c'est l'Association de la Presse qui le constituait à elle seule, il faut reconnaître qu'elle n'a pas été beaucoup poussée à s'en occuper. Dans le monde officiel on a désigné une délégation de professeurs. Nommer une délégation paraît décidément être en France le dernier mot de nos facultés organisatrices. Serait-ce — je frémis du blasphème! — la pratique du suffrage universel qui nous vaut cet état d'âme?

En sorte que le Comité de la Presse d'une part, la délégation de l'autre, grâce à cette sage division des pouvoirs, n'ont ni l'une ni l'autre absolument rien organisé du tout. Il eût été si simple de fusionner, et en quinze jours on se comptait, on battait le rappel chacun autour de soi, et l'on partait en colonne. A-t-on compté les uns sur les autres, ou au contraire, a-t-on voulu, chacun de son côté, ne pas paraître avoir besoin du voisin? Ceci est le secret des consciences. La vérité est que nous sommes socialement, — en général, tout comme dans notre petite caste professionnelle, — à une période singulière où, imprégnés par traditions et par éducation de principes centralisateurs à outrance, nous comptons toujours sur une providence gouvernementale ou autre pour faire marcher nos affaires, et où en même temps, animés de l'esprit frondeur que tout citoyen libre revendique comme le premier de ses devoirs, nous ne voulons nous prêter à l'action d'aucune force dirigeante. Nous sommes à la fois gourmands d'autorité et indisciplinés : nous attendons tout du pouvoir et nous ne souffrons pas — jalousie? bêtise? orgueil? — qu'il soit aux mains de personne. Résultat clair : le gâchis, et toujours les mêmes causes amèneront les mêmes effets.

Quant aux conséquences de notre défaite — c'est le mot, et les Allemands le prononcent déjà hautement, — elles sont plus importantes qu'une simple question d'amour-propre. Si l'Allemagne a marché avec ensemble, si Virchow a lui-même pris la tête du mouvement, — si l'on a fait donner la garde, en un mot — c'est que l'instant était décisif. L'Allemagne, longtemps maîtresse de l'éducation intellectuelle de la Russie, sentait son influence faiblir au profit de notre pays. Dans un pays comme la Russie, où la masse des moujicks, en pleine infantilité cérébrale, peut provisoirement être négligée, c'est la tête qu'il importe d'avoir. Ce sont les classes studieuses qu'il faut tenir. En Russie la révolution ne sera jamais faite par les paysans, mais par les lettrés. Or cette élite, façonnée par des professeurs allemands, des livres allemands, instruite à des Universités allemandes, était, par suite des événements politiques, en passe de se dérober à l'action envahissante du germanisme, qui, — dût notre chauvinisme à lampions en souffrir, — est en réalité encore prépondérant là-bas. Il s'agissait de la ressaisir, de retenir une clientèle qui s'échappait, clientèle de librairie, d'Université, d'influence, et pour cela de montrer une science allemande triomphante, bien organisée, robuste et saine, en présence de

ces fantaisistes de Français, à bagage si léger, à personnalités si peu saillantes. Avouons que nous leur avons fait la partie belle.

Il faut voir la joie avec laquelle la *Deutsche medicinische Wochenschrift* parle des rares travaux apportés par les Français, et qu'elle qualifie, avec une criante injustice d'ailleurs, de *déluge de mots* : lisez aussi les journaux anglais qui nous montrent Virchow recevant au Kremlin *dans les appartements qui lui avaient été attribués par le czar* lui-même, la députation des femmes médecins russes, venant le remercier de son zèle pour la cause du féminisme russe, et leur donnant rendez-vous à Berlin. (*British med. Journal*, 18 septembre, p. 732.) Est-ce clair maintenant? Il est vrai que pendant ce temps nous envoyions, il n'y a pas deux mois, les étudiants russes hors Paris, dans les Facultés de province, froissant à la fois ceux-ci et celles-là. Comme le dit très bien, dans la *Médecine moderne*, M. Faure (Maurice) qui porte un nom bénit pour parler de l'alliance russe, il faudra bien des années pour regagner le terrain perdu en cette semaine de Moscou !

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Le cas du Dr Laporte. — Tous les journaux ont rapporté, avec force commentaires, l'arrestation du Dr Laporte. Médecin du service de nuit, appelé, sur la requête d'une sage-femme, auprès d'une femme en couches ayant eu cinq accouchements dystociques antérieurs, il pratiqua, avec l'acquiescement du mari et l'assistance de la sage-femme, une craniotomie d'urgence, à l'aide des seuls outils qu'il eût sous la main, opération à la suite de laquelle la malade, transportée à l'hôpital, mourut quarante-huit heures après. Nous reviendrons sur cette triste affaire quand l'issue en sera définitivement connue. Pour le moment, contentons-nous de signaler sur tout ceci de bien étranges conjonctures. C'est tout d'abord l'attitude regrettable du personnel de l'hôpital qui crut devoir refuser le permis d'inhumer, pour une femme décédée après un séjour dans service, et déchaîner ainsi imprudemment l'orage sur un confrère de la ville, contre qui le mari, aussitôt encouragé, déposa une plainte au Parquet immédiatement accueillie; c'est, par-dessus tout, la manière d'agir du juge d'instruction qui, d'emblée, arrête le médecin et ne veut plus s'en dessaisir : on sait que le Syndicat des médecins de la Seine demanda vainement à M. Bertulus l'élargissement provisoire de notre confrère et qu'il lui fut répondu que le Dr Laporte était gardé sous les verroux *parce qu'il était sans ressources* et ne présentait aucune garantie; enfin sur l'offre du Syndicat de fournir la caution nécessaire, le juge répondit alors par un refus pur et simple. L'emprisonnement préventif n'est cependant pas de règle pour l'inculpation d'homicide par imprudence, accidents du travail, duel, blessures de chasse, etc. A la dernière heure, M. Bertulus à déclaré, paraît-il, qu'il attendait la remise du rapport des experts, MM. Maygrier et Socquet, pour prendre une décision, échappatoire assez perfide, destiné à rejeter sur ces deux honorables confrères l'odieux d'un procédé que la presse politique elle-même et jusqu'au public ont fini par réprouver.

Par une coïncidence singulière, le journal qui annonçait l'emprisonnement « sans autre forme de procès » d'un homme qui n'a certainement dû ce traitement spécial qu'à sa qualité de médecin, publiait un peu plus loin l'entrefilet suivant dont le rapprochement n'est pas sans intérêt :

« L'affaire Arton. — C'est aujourd'hui, à trois heures et demie, que le président Thibierge recevra, pour procéder à leur interrogatoire sommaire, les parlementaires et anciens parlementaires impliqués dans le prochain procès du Panama.

« *Par courtoisie pour les inculpés*, le président des assises accomplira cette formalité dans son cabinet et non à la Conciergerie ni au greffe criminel, *comme le prescrit le Code d'instruction criminelle*. Il est probable qu'Arton sera interrogé dans les mêmes conditions. »

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. Albarran, Arrou, Binaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipault, Faure, Gangolphe, Guinard, Jaboulay, Legueu, Lubet-Barbon, Lyot, Mauclaire, Morestin, Nimier, Pichevin, Picard, Rieffel, Rollet, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terson, Villar. 10 vol., in-8° de 800 pages chacun illustrés de figures. Prix de chaque volume : 12 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils.)

Le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le *cinquième volume*, qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'on précédé; il est difficile de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés.

Les *maladies de l'œil* sont traitées en 350 pages par M. A. Terson, chef de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu : il traite successivement des maladies des paupières, de l'appareil lacrymal, de la conjonctivite, de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et de la choroïde, de la rétine et du nerf optique, du cristallin et du corps vitré, des glaucomes, des tumeurs intra-oculaires, des traumatismes du globe de l'œil, des maladies du muscle de l'œil et de l'orbite.

M. A. Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris, traite des *maladies des oreilles* (150 pages) et *du nez* (200 pages). Il passe successivement en revue les malformations de l'oreille, les maladies du pavillon, de l'oreille externe, de la membrane du tympan, de l'oreille moyenne, de la trompe d'Eustache, de l'apophyse mastoïde, de l'oreille interne, les névropathies de l'oreille, la surdité et les traumatismes de l'oreille, puis les malformations du nez, les rhinites, la syphilis nasale, les tumeurs, les corps étrangers et les calculs des fosses nasales, les fractures du nez, les tumeurs adénoïdes, les maladies du sinus et des cellules ethmoïdales.

M. le Pr Le Dentu s'est chargé des *tumeurs congénitales* et des *malformations du crâne et de la face* (100 pages).

Enfin M. Nimier, professeur au Val-de-Grâce, traite des *affections chirurgicales des mâchoires* (130 pages).

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve à un haut degré dans ce cinquième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, par J. Grasset, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, correspondant de l'Académie de médecine, recueillies et publiées par le Dr V. Vedel, chef de clinique médicale. (Troisième série, deuxième fascicule.)

La médication antiphlogistique et contre-fluxionnaire devant les idées modernes. Médication antiinfectieuse commune. De la sclérose multiple dissémrinée. (Bureaux du *Montpellier médical*, Montpellier, 1897.)

Technique des injections mercurielles, par les Drs G. Richard d'Aulnay et Eudlitz. 1 brochure, 23 pages. (Daix, Clermont, 1897.)

Tuberculose et injections huileuses chez l'homme et les animaux, par le Dr S. Artault (de Vevey). 1 vol., 167 pages. (Librairie Berthier, Paris, 1897.)

De quelques progrès à réaliser dans l'hygiène des pensionnats, par le Dr Grellety, médecin consultant à Vichy, etc. (Mâcon, 1897.)

Sur le dosage de la caféine, par Eug. Tasfilly. (Société d'éditions scientifiques, Paris, 1897.)

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Excrétion urinaire après les accès palustres; recherches cliniques et expérimentales, par A. Mossé, de Toulouse. (*Communication au Congrès international de Moscou, 19-26 août 1897.*)

Dans des publications antérieures nous avons exposé les résultats de nos premières recherches sur l'excrétion urinaire dans le paludisme. Nos investigations, poursuivies pendant plusieurs années, ont établi l'existence *d'une polyurie insipide, aiguë, consécutive aux accès intermittents, légitimes.* Depuis lors, cette polyurie a été constatée par plusieurs médecins en France et surtout en Italie à la clinique du Pr Baccelli par M. Rem Picci dont les nombreux et intéressants travaux sur l'excrétion urinaire des malariques méritent une mention spéciale.

L'ensemble des recherches de ces divers auteurs a confirmé nos conclusions sur l'existence d'une polyurie aiguë, insipide, fréquente mais non constante, après les accès de fièvres intermittentes, s'élevant de 2 l. 500 à 3 l. 500 ou 4 litres en moyenne mais pouvant atteindre jusqu'à 6 et 8 litres en vingt-quatre heures.

Cette polyurie aiguë présente plusieurs caractères d'un syndrome critique, mais elle se rapproche surtout des polyuries aiguës observées au début de la convalescence des maladies infectieuses. Elle disparaît tantôt assez brusquement et la quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures redevient rapidement normale : tantôt au contraire la courbe de l'excrétion nycthémérale décroît progressivement, parfois même d'une façon très régulière.

La polyurie aiguë malarique diffère de la polyurie chronique des vieux paludéens connue depuis Sydenham. Toutefois, on peut admettre que les troubles de la diurèse que laissent les accès malariques, chez certains sujets, peuvent surtout, quand ils se reproduisent, faciliter l'établissement de la polyurie chronique. Un de nos malades que nous avons pu suivre pendant plus de deux mois, a réalisé rapidement le tableau du paludisme chronique, tel qu'il a été décrit par Kelsch et Kiener. Cet homme, quelques jours après la polyurie aiguë consécutive aux accès intermittents, a présenté la polyurie chronique insipide du paludisme chronique. Dans la seconde période, chez ce malade l'excrétion uréique en 24 heures a généralement dépassé les chiffres moyens de la polyurie malarique aiguë. Cette constatation concorde avec le résultat des analyses de Kelsch et Kiener.

Ces auteurs attribuent l'augmentation d'urée à la destruction des globules sanguins. Hypothèse en partie plausible, quoique l'augmentation de l'urée et la destruction des globules paraissent deux termes d'une modification plus générale des mutations nutritives provoquées par l'infection palustre. Par l'analyse et la comparaison des divers principes excrétés, *durant l'accès,* au *voisinage de l'accès, et pendant la crise,* nous avons cherché à pénétrer la nature de la polyurie que nous avons fait connaître. Malgré les petites difficultés pratiques inhérentes à ce genre de recherches, difficultés capables dans une certaine mesure de faire varier les résultats ou d'empêcher de donner aux analyses toute la continuité désirable, nous pensons que les conclusions qui se dégagent de nos observations traduisent avec une approximation réelle les modifications produites sous l'influence de la maladie. Ces modifications nous ont paru offrir leur plus grande netteté, dans le paludisme aigu, franc, des sujets dans la force de l'âge et dont l'infection malarique est récente.

Dans nos premières recherches, notre attention s'était portée sur les modifications de l'excrétion uréique et chlorurique. Depuis cette époque, nous avons étudié de plus l'excrétion de l'acide phosphorique, de l'acide urique et la toxicité urinaire. Voici, résumés, les résultats obtenus :

a) *Urée.* — La polyurie aiguë ne s'accompagne pas toujours d'une azoturie proportionnelle, mais il existe un certain parallélisme entre les courbes de l'excrétion urinaire et uréique. La polyurie aiguë malarique peut s'accompagner, dans certains cas, d'une azoturie progressivement plus prononcée qu'au voisinage immédiat de l'accès. On voit alors augmenter simultanément la quantité d'urine et la quantité d'urée excrétées. Nous avons eu l'occasion de constater, depuis nos premières publications, que l'azoturie proportionnelle est plus fréquente que nous ne l'avions pensé tout d'abord. Rem Picci a observé le même phénomène à la Clinique de l'Université de Rome. Chez ses malades il a trouvé ce symptôme d'une façon presque constante.

Enfin, dans quelques cas il peut se produire une vraie débâcle d'urée (44 grammes, 56 grammes et même 58 grammes d'urée en vingt-quatre heures), comme nous l'avons signalé, alors que le malade n'a pas encore reçu une alimentation très azotée.

b) L'excrétion de l'*acide urique,* chez trois malades observés pendant un certain temps après les accès fébriles, a été sensiblement augmentée dans les vingt-quatre heures. Proportionnellement l'augmentation de cet élément était bien plus accentuée que celle d'urée.

De plus, la courbe de l'excrétion de l'acide urique et celle de l'excrétion urinaire affectent un parallélisme plus régulier que celui des courbes de l'excrétion urique et urinaire.

c) L'excrétion de l'*acide phosphorique total,* diminuée au moment de l'accès, comme Rem Picci l'a déjà signalé, subit, pendant les jours suivants, une augmentation parfois très sensible.

d) Nos dernières recherches sur l'*élimination des chlorures,* confirment et complètent ce que nous

avions déjà constaté à ce sujet. Diminuée ordinairement, mais non toujours, au moment des paroxysmes fébriles, l'excrétion chlorurique se relève assez rapidement après l'accès. Pendant la polyurie, elle peut atteindre des chiffres très élevés (30 à 40 grammes et même le chiffre colossal de 65 grammes en vingt-quatre heures).

Les chlorures sont l'élément dont l'excrétion subit habituellement la plus grande augmentation au moment de la polyurie. L'alimentation peut favoriser cette augmentation, comme nous sommes parvenu à en avoir la preuve expérimentale dans une de nos dernières observations; mais l'influence du régime alimentaire, quoique sensible et très réelle, est insuffisante pour expliquer cette hyperchlorurie, qui peut d'ailleurs se produire indépendamment de l'alimentation.

e) Toxicité urinaire. — Nos recherches sur ce point ne nous ont pas donné des résultats absolument concordants. Comme Brousse, Roque, Lemoine, nous avons trouvé parfois la toxicité urinaire augmentée et cette augmentation a pu coïncider avec la polyurie. D'autres fois les résultats ont été moins nets; parfois même le coefficient urotoxique a été inférieur à la normale. La raison de cette discordance paraît tenir à deux causes : 1° différence de résistance individuelle à l'intoxication présentée par les divers animaux sur lesquels on expérimente; 2° différence dans la proportion des divers éléments toxiques contenus dans les urines suivant les sujets. Nous n'apprécions que la toxicité totale, *in globo*, de tous ces éléments toxiques; mais, ainsi que l'a parfaitement fait remarquer M. le Pr Bouchard, leur individualité physiologique se révèle par la façon dont ils agissent sur les divers appareils de l'organisme intoxiqué (glandes salivaires, rein, système nerveux).

Nous avons observé plusieurs fois au cours de ces recherches expérimentales que les animaux qui urinent fréquemment pendant que l'on pratique l'injection intra-veineuse, toutes les conditions de l'injection restant sensiblement les mêmes, température, vitesse, etc., peuvent recevoir impunément dans les vaisseaux une quantité d'urine beaucoup plus considérable que ceux chez lesquels cette diurèse protectrice ne se produit pas.

Ainsi nous paraît se trouver confirmée l'opinion que nous émettions il y a quelques années déjà que si la polyurie aiguë malarique dont nous avons fait connaître l'existence, présente plusieurs caractères d'un syndrome critique dans bien des cas, sa nature la rapproche des polyuries aiguës, observées au début de la convalescence des maladies infectieuses. Méritant bien nettement, dans quelques cas, le nom d'*éliminative*, proposé par Rem Picci, elle paraît, dans d'autres, n'entraîner au dehors ni excès de déchets organiques, ni forte proportion d'éléments toxiques, éliminés parfois avant que la polyurie se produise.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Le massage vibratoire de la muqueuse des voies aériennes supérieures, pratiqué au moyen de sondes.

Par le Dr Michel Braun (de Trieste) (1).

Avant de passer à la description de la technique du massage vibratoire de la muqueuse des voies aériennes supérieures, je voudrais dire quelques mots sur les premières applications de la méthode.

Il y a douze à quatorze ans environ, lorsque je faisais mes premiers débuts dans ma spécialité, je ressentais toujours un certain embarras quand j'avais à donner mes soins à un catarrhe chronique ou atrophique de l'une quelconque des voies aériennes supérieures. Cet embarras provenait de la conviction que malgré un traitement incessant et consciencieux, la thérapeutique usuelle de ces affections, consistant en badigeonnages, gargarismes, inhalations, injections, cautérisations, etc., ne procurait dans la plupart des cas aucun soulagement ou seulement une amélioration légère. Les résultats obtenus par le changement de milieu ou d'habitudes n'étaient que temporaires, et si, dans certains cas, j'obtenais des améliorations ou des guérisons apparentes, elles disparaissaient totalement ou en partie, aussitôt que le malade reprenait son genre de vie habituel. En résumé, j'avais à ma disposition une série de méthodes capables de soulager les malades, mais aucune médication radicale me permettant de guérir définitivement les affections catarrhales chroniques intéressant la muqueuse des voies aériennes supérieures, alors qu'il existait une méthode permettant d'obtenir la *restitutio ad integrum* de la muqueuse urétrale atteinte de catarrhe chronique rebelle. Dans des cas où les injections, les cautérisations, les changements d'air, les cures thermales et le régime ne donnaient pas de résultats ou un résultat de peu de durée, j'ai vu souvent, à la clinique de feu le Pr Ultzmann, de véritables transformations s'opérer sous l'influence des sondes à demeure. Seule, une pression exercée pendant plusieurs minutes sur la muqueuse malade parvenait à la guérir. C'est grâce à cette constatation que je fus amené à chercher une médication analogue pour la muqueuse des voies aériennes supérieures; la seule modification à introduire dans le procédé thérapeutique consistait à transformer en une pression temporaire, facile à appliquer ou à arrêter suivant les besoins, la pression toujours égale de la sonde à demeure; cette pression est impraticable dans les voies aériennes supérieures, grâce à leur disposition anatomique spéciale. Après de nombreux essais, j'ai fini par adopter la

(1) Traduit de la *Therap. Wochenschrift*, n° 40, 1897.

sonde en cuivre. Je coiffai son extrémité, renflée ou présentant une cannelure, d'un petit tampon d'ouate et pratiquai le massage par effleurage ou tapotement, tout en exerçant une pression plus ou moins énergique : au début je fus très prudent, plus tard je devins plus hardi. J'eus bientôt la conviction que mes essais étaient couronnés de succès.

A ce moment j'eus à donner des soins à un médecin de Londres, Arvid Kellgren. Au cours d'un traitement qui dura six semaines, il me fut donné, à plusieurs reprises, de me familiariser avec la méthode des vibrations, due à mon confrère, et destinée à la cure de diverses affections externes. Je reconnus de suite que la méthode vibratoire permettait de réunir en un seul mouvement la pression et le tapotement, et qu'en appliquant le procédé, au moyen de sondes, à une muqueuse, on obtenait une diminution dans la durée du traitement et une tolérance plus grande de la part du patient. En peu de temps, j'appris à vaincre la résistance que m'opposait la musculature de mon bras, en cherchant à ébranler une table ou un meuble analogue par application des doigts de mes deux mains. Au bout de deux à trois semaines j'étais parvenu à pratiquer aisément le massage au moyen de mes sondes en cuivre, et à combiner l'effleurage et la vibration. Après avoir étudié la méthode pendant trois ans et demi sur un millier de malades, j'en fis la démonstration, pour la première fois à Berlin en 1890, plus tard à Paris et en dernier lieu à Rome.

Je passe, après ces préliminaires, à la description du procédé que j'applique depuis un peu moins de dix ans et demi, à environ trente malades par jour. Au milieu d'une salle d'opération vaste, non éclairée, j'ai placé une table carrée de grandes dimensions recouverte d'une épaisse plaque de verre. Sur cette table se trouvent dans des récipients en verre des instruments, des médicaments, de l'ouate et quatre cents à cinq cents sondes à massage en cuivre, de longueur et d'épaisseur variables, entièrement aseptiques et flambées. En avant d'un bec Auer, je place un globe de verre volumineux, rempli d'eau pure, laissant passer une lumière intense qui n'est cependant ni aveuglante ni fatigante : à côté du globe, le long d'un des côtés de la table, le malade et le médecin sont assis en face l'un de l'autre, *à la même hauteur*. A portée de sa main gauche, l'opérateur place des sondes, de l'ouate, des médicaments. Ceci fait, on examine au moyen du miroir et on commence la médication. Le mouvement part de l'articulation du coude, placée en flexion légère : le coude sera, suivant les besoins, modérément étendu, soulevé, abaissé, ramené en avant ou en arrière. Les dimensions des sondes à utiliser sont variables, suivant qu'elles sont destinées au massage du nez, du pharynx, du larynx ou de l'œsophage. Le tampon d'ouate, solidement fixé par torsion à la cannelure de la sonde, doit toujours dépasser l'extrémité de la sonde de 2 à 3 centimètres. Les sondes préalablement passées à la flamme sont élastiques et cependant solides : on peut les incurver à volonté suivant la disposition anatomique de la région à traiter, et on les tient comme une plume, entre le pouce, l'index et le médius ou entre le pouce ou l'index seulement. Ces sondes se prêtent fort bien au but recherché, qui est de transmettre à la muqueuse les mouvements ondulatoires imprimés à la musculature du bras et d'exercer sur cette muqueuse une pression qu'on peut varier à volonté. Les sondes sont placées, après emploi, dans une grande boîte en métal; on les soumet ensuite à la température du rouge sombre, on les redresse à coups de marteau, on les frotte à l'émeri et on les tient ainsi prêtes à être utilisées à nouveau.

Massage du nez. — Les sondes les plus minces servent au massage du nez. L'ouate fixée à la sonde est trempée dans une solution de cocaïne à 5 ou 10 0/0 : à travers le spé-

culum tenu de la main gauche et modérément ouvert, on introduit, en vibrant très légèrement, la sonde jusqu'en arrière des choanes. Si le malade ressent du chatouillement ou éternue, on retire rapidement la sonde et on en essaie une autre : il suffit de répéter trois ou quatre fois la manœuvre pour supprimer les réflexes de ce genre même chez les individus les plus nerveux. Après la vibration, le malade devra se moucher avec force, de façon à éloigner les croûtes et la mucosité. En général, après une séance, les cavités se présentent largement ouvertes et l'on peut alors facilement faire un diagnostic précis. Je citerai, à titre de démonstration, l'application du procédé au massage d'un nez atteint d'ozène rebelle.

Le matin, après avoir débarrassé entièrement le nez des croûtes et des mucosités par un massage vibratoire à la cocaïne, on procède à une nouvelle vibration au moyen de sondes droites dont le tampon d'ouate est trempé suivant les cas dans l'alcool, le lysol à 5 0/0, la vaseline au menthol à 10 0/0, la glycérine iodo-potassique à 10 0/0 ou un autre médicament quelconque. On appliquera la vibration à la base de la cavité nasale, au cornet inférieur, au cornet moyen, au septum, aux parties supérieures, bref à la muqueuse dans toute son étendue. Au début, j'utilise pour chaque narine dix sondes environ, car on se trouve souvent forcé de les changer à plusieurs reprises : plus tard, quand le malade s'habitue au traitement, deux à trois sondes suffisent. On devra contrôler à la montre la durée totale de chaque massage; au début, le temps sera d'une demi-minute, plus tard de cinq à six minutes. La cavité pharyngo-nasale devra toujours être soignée en même temps; dans ce dernier cas, je recommanderai de fixer l'ouate sur toute la portion ascendante de la sonde incurvée; grâce à cette précaution, on pourra en une seule fois soumettre au massage la paroi postérieure du naso-pharynx. La réaction se présente environ deux heures après, sous forme de coryza aigu : si elle n'est pas trop intense, on fera une seconde séance dans la même matinée. Si le malade se plaint de sensations douloureuses, si la muqueuse saigne pendant la séance ou après, cela prouve indubitablement que les sondes vibrantes ont été maladroitement ou brutalement employées; la méthode devient alors plus nuisible qu'utile.

La mauvaise odeur et les croûtes diminuent au bout de quelques séances et disparaissent au bout de six à huit semaines environ ; à ce moment on observera une sécrétion muqueuse profuse. Dans les cas rebelles je masse deux fois par jour pendant quatre semaines, dans les quatre semaines suivantes une fois par jour; plus tard, je continue à faire des séances tous les deux, trois ou quatre jours, jusqu'à ce que la muqueuse et les cornets présentent un aspect différent, preuve d'une guérison durable. Pour obtenir ce résultat, je n'ai jamais eu besoin, jusqu'à ce jour, de plus de deux cent cinquante séances. Il va sans dire que la durée du traitement et la manière de procéder aussi bien dans les cas d'ozène que dans les affections catarrhales de la région, dépendent entièrement de la susceptibilité individuelle et de la ténacité du mal. Les accidents possibles peuvent provenir d'une susceptibilité idiosyncrasique pour la cocaïne ou d'une fixation insuffisamment solide de tampon d'ouate, qui peut alors se détacher. Dans le premier cas la cocaïne, que l'on n'emploie du reste que dans les premières séances, sera remplacée par de la vaseline mentholée à 5 ou 10 0/0, dans le second cas on extraira facilement le tampon d'ouate.

Je masse la muqueuse du naso-pharynx non seulement quand il s'agit de guérir un ozène, des troubles catarrhaux, ou d'assurer un diagnostic, mais encore pour donner de l'élasticité ou de la fermeté à la muqueuse modifiée par des interventions opératoires, ou pour traiter des névroses réflexes diverses, des névralgies, des céphalalgies, des bourdonne-

ments d'oreilles, des accès de vertige ou d'asthme. Je n'entreprends le traitement de ces dernières affections que dans les cas où le massage, appliqué à titre d'essai en cours d'accès, a provoqué une détente complète ou une diminution considérable des phénomènes morbides.

Chaque massage nasal fait selon les règles est suivi chez tous les malades d'une sensation de soulagement extrêmement agréable, aussi les patients, loin de se refuser à la continuation du traitement, réclament-ils en général des applications nouvelles. On a l'occasion, surtout dans des cas de névroses réflexes, de faire des constatations souvent fort étonnantes.

Trompe d'Eustache. — Avant de passer au massage de la trompe, je commence par le massage minutieux des deux cavités nasales et de la cavité naso-pharyngienne. La sonde recourbée et munie de son tampon est introduite comme une sonde d'Itard dans l'orifice de la trompe et on vibre, en augmentant peu à peu la durée de chaque opération d'une demi à cinq minutes. Si le procédé est bien appliqué, les malades accusent une sensation de mouvement ondulatoire se propageant jusqu'au tympan. Dans des cas chroniques rebelles, je procède en outre à l'ébranlement de l'apophyse mastoïde et de l'antitragus au moyen des doigts. Si la surdité provient d'un catarrhe chronique, on observera une diminution considérable des accidents après la séance, et le pronostic sera favorable.

Pharynx. — Pour le traitement du pharynx, on choisira les sondes les plus fortes. Au début, les malades ne supportent pas un contact prolongé, aussi fera-t-on des séances extrêmement courtes mais d'autant plus fréquentes : au cours d'une séance, on emploiera souvent dix à douze sondes. Les médicaments usuels seront le baume du Pérou, la glycérine iodée, la lanoline à l'oxyde de zinc, mais surtout la vaseline mentholée. Le pharynx tout entier et la cavité naso-pharyngienne seront aussi massés à chaque séance. J'abaisse toujours la langue au moyen de mon index gauche désinfecté au sublimé.

Dans les cas d'angines catarrhales très marquées, la vibration appliquée aux tonsilles enflammées constitue un traitement palliatif excellent, facilitant beaucoup les mouvements de déglutition.

Larynx et partie supérieure de la trachée. — La technique du massage du larynx et de la trachée est fort difficile et demande beaucoup d'habileté. Comme en général l'intolérance est ici beaucoup plus marquée que dans le pharynx, les mêmes règles devront être plus rigoureusement encore appliquées : les interventions devront se faire au moyen d'une sonde très soigneusement armée et présentant une courbure appropriée : chaque massage devra être court et rapide. Si la sensibilité s'atténue ou disparaît tout à fait en cours de traitement, on s'attachera tout spécialement, cela va sans dire, à traiter les parties malades. Les cordes vocales doivent être ébranlées en totalité et d'une façon uniforme. Les catarrhes aigus ou chroniques, sous toutes les formes, les paralysies catarrhales ou nerveuses, seront favorablement influencés au bout de peu de temps déjà. Le larynx et la trachée ne pourront être massés qu'à la faveur d'un éclairage convenable : la trachée ne sera massée qu'au moment d'une inspiration profonde.

Lorsqu'on cherche à obtenir une amélioration de la voix chantée, on arrivera, à condition qu'il n'existe aucune maladie constitutionnelle, aucun obstacle mécanique sous forme de néoplasmes, de papillomes, etc., ou de paralysies d'origine centrale, à de bons résultats en un temps relativement court avec le massage vibratoire. Il faudra toutefois dans ces cas, masser soigneusement à chaque séance, non seulement les cordes vocales,

mais encore le nez, la cavité naso-pharyngienne, le pharynx et, si possible, la partie supérieure de la trachée. La méthode constitue du reste un palliatif rarement inefficace, permettant de sortir momentanément d'embarras un chanteur professionnel surmené. Je citerai à cette égard une célèbre chanteuse, Mme B..., dont la voix menaça de faire défaut à plusieurs reprises pendant la dernière saison à Trieste, à la suite de trop grande fatigue des organes vocaux : grâce au massage vibratoire, appliqué au moment de chaque nouvelle défaillance, la chanteuse put paraître presque tous les soirs en scène.

Œsophage. — Le massage de l'œsophage est facile. Après avoir abaissé la langue, on choisit les sondes les plus longues, on les introduit aussi loin que l'on voudra, et on masse l'œsophage en un point déterminé ou dans le sens de sa longueur. On obtient ainsi de bons résultats dans des cas de troubles nerveux de la sensibilité.

Je n'ai pas l'intention de présenter une statistique des cas si nombreux soignés par moi depuis dix ans et demi. Je n'attache aucune importance à une statistique de ce genre, car elle paraîtrait sans doute exagérée; je me bornerai à résumer brièvement les résultats de ma pratique que tout médecin peut contrôler en adoptant ma méthode :

1° Possibilité de traiter isolément les parties malades et de faire absorber par ces parties seules les médicaments appropriés.

2° Facilité d'introduire et de ressortir les sondes, les malades supportant ces manœuvres beaucoup plus aisément que les autres applications locales.

3° La pression localisée par le massage vibratoire provoque une activité physiologique de la muqueuse assez marquée pour donner à cette dernière, après guérison, une force de résistance beaucoup plus grande contre les influences nocives ultérieures.

A quelle cause faut-il attribuer le fait qu'une méthode aussi complète, donnant des résultats si probants, est restée presque inconnue et n'est utilisée que par quelques spécialistes? La cause en est peut-être à l'absence de consécration officielle et à la tendance aux spéculations théoriques qui a pris dans ces derniers temps le dessus en laryngologie...

Je suis convaincu que sous peu on rendra justice à une innovation thérapeutique si féconde en bons résultats.

Les théories nouvelles sur la gastrosuccorrhée « ou maladie de Reichmann » et son traitement.

(*Suite et fin.*)

Par le Dr Gaston Lyon,

Ancien Chef de clinique médicale à la Faculté,
Médecin assistant de la Consultation de médecine à l'Hôpital Saint-Antoine.

III

NATURE ET DIAGNOSTIC DE LA GASTROSUCCORRHÉE; SES RAPPORTS AVEC L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC ET LES CRISES GASTRIQUES; SON TRAITEMENT.

La constatation de la présence dans l'estomac, le matin à jeun, d'une certaine quantité de liquide gastrique, doué du pouvoir peptique, constitue l'élément essentiel du diagnostic de la « gastrosuccorrhée ». Nous avons admis qu'à côté des cas d'hypersécrétion symptomatique d'une sténose pylorique ou sous-pylorique, il existe des cas de gastrosuccorrhée primitive. Trouve-t-on dans l'aspect et la composition des liquides contenus dans l'estomac, à l'état de vacuité, des différences permettant d'établir une distinction entre les sténoses incomplètes du pylore et la gastrosuccorrhée proprement dite? C'est ce qu'il faut maintenant rechercher.

Effectivement l'aspect, l'abondance du liquide contenu dans l'estomac, l'abondance des résidus alimentaires qu'il contient sont autant d'éléments de diagnostic différentiel.

Chez certains malades on peut retirer du liquide pour ainsi dire indéfiniment et les résidus alimentaires disparaissent à peu près complètement au bout de deux ou trois évacuations successives, ce sont les gastrosuccorrhéiques; chez d'autres, on retire chaque fois de l'estomac une bouillie épaisse, contenant de nombreux résidus solides : ce sont les sténosés, atteints de rétention.

On doit donc distinguer d'après les caractères objectifs deux variétés de « liquides résiduels » : ceux qui contiennent des débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu et ceux qui n'en contiennent pas.

a) *Liquides avec débris reconnaissables à l'œil nu.* — Ces liquides, abandonnés dans un verre à pied, laissent déposer un résidu solide dont l'aspect varie suivant la nature des débris alimentaires qui le constituent; lorsque le pain prédomine, le liquide a l'aspect d'une bouillie; l'aspect est brunâtre, quand le résidu contient surtout des fragments de viande, jaune blanchâtre quand il est surtout composé de fragments d'œufs. D'autre part on peut y trouver des pepins de fruits ingérés plusieurs jours ou plusieurs semaines auparavant.

Le sang donne au liquide une coloration noirâtre ou simplement une teinte sale, suivant son abondance.

b) *Liquides sans débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu.* — Le dépôt est constitué par des particules ténus, d'aspect blanchâtre ou grisâtre.

c) *Caractères communs aux liquides résiduels.* — La quantité du liquide que l'on peut retirer de l'estomac à l'état de vacuité est des plus variables; de quelques centimètres cubes elle peut s'élever à 1,500 centimètres cubes et même plus; mais, d'après certains auteurs, on ne doit considérer comme pathologique qu'une sécrétion de 30 à 40 centimètres cubes au moins. Chez les gastrosuccorrhéiques, la quantité de liquide que l'on peut extraire chaque fois est relativement peu abondante (100 à 200 centimètres cubes en moyenne).

La consistance est également très variable; tantôt le liquide est fluide, tantôt il est filant, ce qui tient à la présence de mucus en abondance; celui-ci empêche la filtration.

La coloration, avant que le dépôt solide n'ait eu le temps de se former, est grisâtre, verdâtre ou foncée.

L'odeur, à peu près nulle dans certains cas, est parfois aigrelette (acide acétique) ou rappelle celle du beurre rance (acide butyrique).

L'examen microscopique du résidu y montre des globules de graisse du lait, des grains de fécule, des fibres musculaires; d'autre part, des cellules de mucus provenant des voies respiratoires supérieures, des cellules épithéliales de la muqueuse gastrique. Lorsque le liquide est très acide, il contient de nombreux noyaux libres qui proviennent soit des cellules épithéliales, soit des globules blancs venus par diapédèse des vaisseaux de la muqueuse. Jaworski et Gluzinski avaient voulu voir dans la présence de ces débris nucléaires la caractéristique d'une gastrite spéciale, le catarrhe acide. Mais en réalité ces débris nucléaires n'ont pas la valeur séméiologique que les auteurs précités ont voulu leur attribuer.

Il faut encore signaler l'existence de globules rouges, alors même qu'à l'œil nu l'aspect du liquide ne la révèle pas; de cellules polymorphes à noyaux multiples (dans le cas de cancer) et toujours celle de sarcines, de levûres, de nombreux bâtonnets, etc.

Au point de vue chimique on peut distinguer deux variétés de liquides : l'une du type hypochlorhydrique (nombreux chlorures fixes; absence d'acide chlorhydrique libre et de composés organiques du chlore); l'autre du type hyperchlorhydrique.

Le reflux de la bile dans l'estomac se reconnaît à la réaction de Gmelin, et non à la coloration verte seule, car celle-ci peut être uniquement due à des pigments d'origine microbienne (Hayem).

Nous venons d'indiquer le principal élément de diagnostic différentiel entre la gastrosuccorrhée proprement dite et la sténose, à savoir les caractères tirés de l'examen du liquide résiduel : celui-ci étant peu abondant (200 centimètres cubes au plus) chez les gastrosuccorrhéiques purs, sauf au moment des crises gastriques, où la sécrétion devient très abondante; d'autre part, ce liquide contenant peu de débris alimentaires et ceux-ci étant visibles seulement au microscope. Au contraire chez les malades atteints de sténose mécanique l'estomac contient, à jeun, une bouillie stomacale épaisse, laissant un dépôt solide très abondant, où les débris alimentaires sont visibles à l'œil nu. En pareil cas, il est nécessaire d'employer de grandes quantités d'eau pour nettoyer à fond l'estomac (20 litres souvent sont nécessaires pour obtenir ce résultat). Remarquons incidemment que la pratique du lavage du soir, préconisée par Reichmann et suivie à son exemple par d'autres médecins, est inutile, car la constitution chimique du liquide retiré le matin à jeun est

sensiblement la même, que l'on ait ou non pratiqué le lavage du soir. Ce lavage peut d'ailleurs présenter des inconvénients chez les malades atteints d'ulcère chronique.

Poursuivons la recherche des éléments de diagnostic entre la gastrosuccorrhée et la sténose pylorique : les vomissements existent dans les deux cas, mais ils sont rares chez les gastrosuccorrhéiques et surviennent surtout à l'occasion de fatigues, d'écarts de régime, ou encore d'un traitement intempestif; ils sont le plus souvent constitués par du liquide et ne contiennent pas de débris d'aliments ingérés la veille. Les vomissements des sténosés sont fréquents, tout au moins pendant une certaine période, car au début ils sont espacés et s'espacent de nouveau d'une période avancée, l'estomac très dilaté étant devenu complètement atone et incapable de se vider spontanément. Les malades peuvent provoquer facilement le vomissement et calmer ainsi momentanément leurs souffrances, par l'introduction des doigts dans la bouche.

Les douleurs font partie du tableau symptomatique de la gastrosuccorrhée, comme de celui de la sténose ; elles sont variables dans leur intensité, presque continuelles ou intermittentes et pouvant dans l'un et l'autre cas revêtir le caractère de crises gastriques. En somme, la douleur ne peut servir à distinguer les deux affections.

Il en est tout autrement des signes physiques que permet de constater l'examen du malade : l'agitation péristaltique est, on le sait, un signe à peu près constant de la dilatation par obstacle mécanique ; ainsi que le fait remarquer avec raison M. Hayem, les auteurs en considérant ce signe comme fréquent dans la maladie de Reichmann ont donné une preuve nette de la confusion qu'ils ont faite entre les cas de sténose par obstacle mécanique et ceux de gastrosuccorrhée. Il est à remarquer d'ailleurs que l'agitation péristaltique peut manquer dans les cas anciens de sténose. La palpation de la région pylorique, dans les cas de sténose, permet de constater le plus souvent des indurations, dues soit à des cicatrices d'ulcère, soit à de la péritonite chronique périgastrique. (Bouveret et Devic ne voient dans l'ulcère qu'une complication de la gastrosuccorrhée et non la cause de l'hypersécrétion.)

Enfin la dilatation est beaucoup plus marquée chez les sténosés que chez les gastrosuccorrhéiques.

Chez les premiers il peut arriver que l'on ne puisse pas évacuer le liquide gastrique, à l'aide de la sonde, en raison de l'impotence fonctionnelle absolue de la tunique musculaire. Seulement la même difficulté de l'évacuation par la sonde peut encore s'observer dans les cas de dislocation verticale de l'estomac ou d'estomac biloculaire (dans ce dernier cas la poche inférieure ne se vide pas).

Ce qui vient d'être dit permet, croyons-nous, de distinguer assez aisément la gastrosuccorrhée de la sténose pylorique.

La gastrosuccorrhée, ainsi dégagée de la sténose avec laquelle elle était confondue, serait en réalité beaucoup plus rare qu'on ne l'a prétendu jusqu'ici ; elle est l'expression d'une digestion stomacale, pour ainsi dire indéfiniment prolongée par suite d'une excitation anormale de la muqueuse ; comme telle, elle se rencontre le plus souvent chez les hyperpeptiques ou hyperchlorhydriques ; toutefois, ainsi que M. Hayem l'a bien montré, on peut aussi constater du liquide résiduel dans l'estomac, à l'état de vacuité, dans les cas anciens d'hypopepsie avec prolongation des digestions et dilatation. Il est vrai que les malades ont commencé d'abord par être hyperpeptiques et que par suite de l'évolution de la lésion, l'hypopepsie a succédé à l'hyperpepsie.

Même ainsi réduite, la gastrosuccorrhée dont M. Hayem admettait l'existence, en dehors de tout obstacle mécanique, ne trouve plus actuellement grâce devant lui ; en effet, dans une communication récente à l'Académie de médecine, il a émis l'opinion que la gastrosuccorrhée serait toujours due à une rétention : dans les cas où l'obstacle n'est pas pylorique, on doit le chercher et on le trouverait au niveau du duodénum, au-dessous de l'ampoule de Vater ; tous les caractères assignés à la gastrosuccorrhée de cause non mécanique seraient en réalité ceux de la sténose sous-pylorique ou duodénale.

Nous avons vu qu'auparavant M. Hayem lui-même admettait une névrose sécrétoire caractérisée par de l'hypersécrétion et que MM. Debove, Albert Robin persistent également à en admettre l'existence.

L'anatomie pathologique seule permettant de trancher le différend, il faut attendre que de nouvelles observations avec autopsies soient publiées, pour pouvoir discuter sur des faits précis.

En ce qui nous concerne, les cas incontestables de sténose pylorique étant mis à part, nous croyons avoir observé des cas de gastrosuccorrhée indépendants de tout obstacle mécanique ; ces cas se présentaient en clinique avec les symptômes énumérés précédemment ; et le fait de la guérison de cinq malades que nous avons pu suivre pendant plusieurs années, qui présentaient des phénomènes douloureux intenses, avec exacerbations, des vomissements rares de liquide hyperacide, et dont l'estomac dilaté contenait du liquide hyperacide, à l'état de vacuité, ce fait, disons-nous, semble prouver qu'il existe des cas de gastrosuccorrhée sans obstacle mécanique autre qu'un rétrécissement spasmodique du pylore et qui sont susceptibles de guérison. Si nous ne sommes pas absolument affirmatifs, c'est que l'absence de constatation nécropsique nous l'interdit.

La question des rapports de la gastrosucchorrhée avec les crises gastriques doit être maintenant débattue, ainsi que celle des relations admises jusqu'ici entre l'hypersécrétion et l'ulcère.

En ce qui concerne les crises gastriques, on sait que l'on a groupé sous cette étiquette un certain nombre de syndrômes ayant pour caractères communs la douleur intense, le vomissement de liquides abondants et sans doute le spasme du pylore, de telle sorte que la crise affecte à la fois les nerfs sensitifs, moteurs et sécrétoires. La crise cesse aussi brusquement qu'elle avait débuté et dans l'intervalle de deux accès l'état général paraît bon ; les fonctions digestives en particulier paraissent normales, en ce sens que les malades ne se plaignent pas ou ne se plaignent que peu de leurs digestions. Les crises gastriques ont été bientôt classées en deux groupes, suivant qu'elles se produisent chez un individu atteint d'une affection organique des centres nerveux (tabes, paralysie générale, sclérose en plaques), d'une névrose bien caractérisée (hystérie, neurasthénie) ou suivant qu'elles paraissent indépendantes de toute influence nerveuse. Ce n'était pas l'opinion de Charcot, pour qui toute crise gastrique relevait du tabes ; mais aujourd'hui on ne saurait mettre en doute l'indépendance du tabes et de certaines crises gastriques. Il existe des crises gastriques dites « essentielles » dans lesquelles on fait rentrer les vomissements périodiques de Leyden, la gastroxie de Rossbach et de Lépine, les crises décrites par Debove, Rémond (de Metz), etc. Ces crises ont été considérées comme une gastrosuccorrhée périodique par Reichmann, Bouveret et Devic, etc. Il n'en serait pas ainsi, d'après M. Hayem, et nous devons mentionner son opinion, car elle constitue pour lui un argument de plus contre l'existence de la gastrosuccorrhée, en tant qu'entité morbide distincte.

Tout d'abord M. Hayem insiste sur ce point que les malades atteints de crise gastrique sont des dyspeptiques permanents et souvent des sténosés.

En second lieu, il a montré que ces dyspeptiques peuvent présenter des types chimiques divers, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas uniquement hyperpeptiques avec hyperchlorhydrie, mais qu'ils peuvent être aussi hypopeptiques et apeptiques. C'est ce que démontrent les tubages faits dans l'intervalle des crises et pendant les crises, ainsi que l'examen des liquides vomis. Dans tous les cas, l'estomac à jeun contient, il est vrai, du liquide, mais celui-ci présente tantôt les caractères chimiques de l'hyperpepsie, tantôt ceux de l'hypopepsie; en un mot la gastrosuccorrhée n'a plus que la valeur d'un symptôme; elle ne peut être prise pour base d'une classification, encore moins servir de point de repère pour un traitement. La crise gastrique n'est en somme qu'un épisode au cours des différentes gastropathies. Quant à ses causes occasionnelles, elles sont bien connues et au premier rang il faut placer les écarts de régime, l'abus des médicaments, le surmenage, les causes morales. Il est remarquer qu'elles surviennent habituellement chez des névropathes et que la prédisposition nerveuse paraît jouer un grand rôle dans leur éclosion; mais M. Hayem ne pense pas, à l'exemple de Bouveret et Devic, qu'elles sont sous la dépendance d'un trouble fonctionnel spécial des nerfs moteurs de l'estomac. Les crises des tabétiques elles-mêmes n'auraient pas de type chimique spécial.

On avait admis, à la suite des premiers examens de suc gastrique faits chez eux, que la crise gastrique de ces malades est un accès d'hyperchlorhydrie aiguë avec hypersécrétion; d'après les recherches récentes (M. Hayem, M. Babon (*Thèse de Paris*, 1896), les ataxiques seraient au contraire le plus souvent atteints d'hypopepsie en tout cas, il n'existe pas de type unique de chimisme stomacal, chez cette catégorie de malades, et la variabilité des résultats obtenus peut s'expliquer par l'existence antérieure chez eux de dyspepsie de différents types; la crise gastrique des tabétiques surviendrait le plus habituellement au cours d'un état gastrique permanent.

S'il était un fait paraissant hors de contestation depuis quelques années, c'était bien la subordination de l'ulcère de l'estomac à la gastrosuccorrhée. Le suc gastrique hyperacide et exerçant d'une façon ininterrompue son action sur la muqueuse de l'estomac, surtout à l'état de vacuité, entraînerait la formation d'un ulcère; cette théorie du rôle de l'hypersécrétion a été soutenue en Allemagne par Riegel et d'autres auteurs, en France par M. Bouveret. Elle était passible de plusieurs objections, mais était toutefois plus satisfaisante dans son ensemble que les théories proposées antérieurement, aussi avait-elle été accueillie avec faveur et adoptée presque généralement. M. Hayem conteste aujourd'hui que l'ulcère de l'estomac soit « sous l'influence d'une sécrétion plus active, prolongée et continue ». Sur vingt-six cas d'ulcère, il a observé ving-trois fois l'hyperpepsie à des degrés divers et trois fois un chimisme voisin de la normale; l'hyperpepsie paraît donc en relation avec l'ulcère, mais la gastrosuccorrhée n'a été constatée que trois fois par M. Hayem; dans les autres cas la digestion était prolongée, mais cette prolongation ne dépassait pas les limites qu'elle atteint habituellement dans les cas de gastrite hyperpeptique.

La gastrosuccorrhée est donc rare dans le cas d'ulcère, puisqu'elle n'a été observée que trois fois; *or dans ces trois cas il y avait sténose du pylore,* de telle sorte que M. Hayem est d'avis que les faits de gastrosuccorrhée accompagnent l'ulcère rentrent dans cette dernière catégorie; l'hypersécrétion serait la conséquence de la rétention déterminée par l'obstruction incomplète du pylore, due elle-même à l'ulcère en voie d'évolution (spasme) ou guéri (cicatrice).

En faisant l'historique succinct de la maladie de Reichmann nous avons indiqué combien le traitement médical était précaire; au moyen d'un régime alimentaire sévère et des lavages de l'estomac, on parvient à soulager les malades, mais on ne les guérit pas. Le véritable traitement de la maladie est le traitement chirurgical. Ce traitement est-il applicable à tous les cas? A quel moment doit-on l'appliquer?

S'il est inutile d'attendre que les malades soient épuisés par de longues années de souffrance et soient atteints des troubles nerveux d'ordre neurasthénique qui sont habituels dans la sténose d'ancienne date, ou qu'ils soient frappés de tuberculose, il ne faut pas non plus se hâter, ni opérer dès que le diagnostic est établi, car on peut voir survenir des améliorations qui aboutissent à une guérison quasi-complète; cela tient à ce que le rétrécissement spasmodique qui se produit dans le cas d'ulcère en évolution est plus serré que le rétrécissement incomplet que détermine la cicatrice d'un ulcère guéri. Toutefois ces cas heureux qui guérissent sans intervention chirurgicale constituent l'exception; le plus souvent on est obligé d'avoir recours au chirurgien.

On sait que trois procédés opératoires ont été préconisés et sont encore employés, à savoir la pyloroplastie, la divulsion digitale, la gastro-entérostomie. Les statistiques seules permettent de se prononcer sur la valeur respective de ces différents procédés; il va sans dire que l'on ne doit tenir compte ici que des cas de sténose bénigne, c'est-à-dire d'origine cicatricielle ou spasmodique, car dans les sténoses d'origine cancéreuse la mortalité est le plus souvent indépendante du procédé opératoire employé. Il nous semble superflu de grouper ici toutes les interventions pratiquées et publiées; la comparaison des statistiques anciennes avec les récentes n'aurait aucun intérêt, car les procédés opératoires se sont notablement perfectionnés dans ces dernières années (introduction de l'emploi du bouton de Murphy dans la pratique de la gastro-entérostomie) et la mortalité s'est trouvée réduite d'autant. La statistique la plus récente, celle de Carle et Fantino, est des plus encourageantes; en effet, sur 41 opérés, on relève 14 pyloroplasties avec 1 échec, soit une mortalité d'environ 7 0/0; 3 divulsions digitales, toutes terminées par la guérison; 24 gastro-entéro-anastomoses avec 2 insuccès, ce qui donne une mortalité de 8,3 0/0. Encore, sur ces deux cas mortels, y a-t-il lieu d'en exclure un où la mort est survenue par suite d'une hémorragie provenant d'un ulcère, c'est-à-dire indépendamment de l'opération. De cette façon la mortalité des gastro-entérostomies pratiquées par Carle et Fantino se réduit à 1 cas sur 23, c'est-à-dire à 4,35 0/0. Les mêmes auteurs font observer que s'ils limitent leur statistique aux deux dernières années pendant lesquelles ils ont employé systématiquement le bouton de Murphy, ils comptent 20 gastro-entérostomies, toutes suivies de guérison. Si l'on songe que les statistiques de Haberkant et Wölfler donnent pour les gastro-entérostomies, dans les sténoses bénignes, une mortalité de 25 à 21 0/0, et pour la pyloroplastie celle de 21,5 0/0, on constate que le pronostic des interventions pratiquées sur l'estomac a perdu sensiblement de sa gravité. La divulsion digitale est un procédé dangereux, en dépit des succès qu'il a donné parfois, et la plupart des chirurgiens en rejettent l'emploi.

Entre la pyloroplastie et la gastro-entérostomie quel choix faut-il faire? Des chirurgiens également autorisés préconisent avec la même conviction l'un et l'autre procédé. Doyen (de Reims) ne pratique que la gastro-entérostomie; Mikulicz penche, au contraire, pour la pyloroplastie. Il est à remarquer que la mortalité opératoire est sensiblement la même pour les deux procédés; c'est donc uniquement sur les résultats fonctionnels qu'il convient de se guider pour justifier son choix.

Que se passe-t-il après la gastro-entérostomie? L'estomac, qui était dilaté, revient progressivement à son volume normal et le nouveau pylore devient continent; l'évacuation de l'estomac, fait capital, s'accomplit dans le délai physiologique, parfois même elle est accélérée. Ainsi qu'il a été dit précédemment, l'hyperchlorhydrie cesse à partir du moment où la rétention gastrique cesse. Chez presque tous les opérés on constate un reflux plus ou moins considérable de bile dans l'estomac, reflux qui peut persister pendant plusieurs mois, mais la présence de la bile dans l'estomac ne paraît entraîner aucun malaise.

Les résultats fonctionnels de la pyloroplastie sont les mêmes que ceux qui viennent d'être indiqués, sauf qu'après la pyloroplastie il ne survient pas de régurgitation de bile; mais la pyloroplastie est inférieure à la gastro-entérostomie, car ses applications sont moins étendues que celles de cette dernière opération : on ne peut la pratiquer dans les cas compliqués de péripylorite grave et dans lesquels le pylore est fixé très profondément (Carle et Fantino). Les cas où elle paraît au contraire devoir emporter la préférence sont, toujours d'après les mêmes auteurs, les sténoses spasmodiques ou cicatricielles légères avec hypertrophie de la tunique musculaire.

« Ces cas, qui guérissent très bien même avec la gastro-entéro-anastomose, nous semblent cependant mieux adaptés à la pyloroplastie qui conserve les rapports normaux entre les viscères et n'est pas suivie d'un reflux de bile dans l'estomac. » (Carle et Fantino.)

Arrivés au terme de cette étude critique, il nous faut conclure : Or, un fait paraît définitivement acquis, c'est que la plupart des cas étiquetés auparavant gastrosuccorrhée sont des cas de sténose incomplète pylorique ou sous-pylorique et, comme tels, relèvent uniquement d'un traitement chirurgical; au point de vue pratique, l'importance de cette notion est capitale. Un point, par contre, reste encore litigieux, à savoir l'existence d'une autre catégorie de cas, auxquels pourraient être réservés les noms de gastrosuccorrhée ou d'hypersécrétion continue et qui pourraient être considérées comme représentant la forme la plus grave de la gastrite hyperpeptique; cliniquement, ces cas différeraient peu des premiers, en raison de l'existence d'un rétrécissement du pylore entraînant la rétention gastrique avec toutes ses conséquences; toutefois, le pronostic serait tout autre, car ce rétrécissement, purement spasmodique, serait susceptible de s'amender et de disparaître sous l'influence d'un traitement purement médical (que nous n'avons pas rappelé, car il est exposé dans de nombreuses publications, notamment dans celles de M. Bouveret). Cette gastrosuccorrhée, indépendante de la sténose, est, nous l'avons dit, admise par des cliniciens autorisés et M. Hayem lui-même, sans être très affirmatif, ne croyait pas tout d'abord devoir la rejeter. Plus catégorique aujourd'hui, il en nie l'existence.

Le dernier mot n'est pas dit sur la question ; c'est aux anatomo-pathologistes et surtout aux chirurgiens qu'incombe le devoir de trancher le différend.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIETE DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 *Octobre* 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. Labru présente un *appareil brûleur antiseptique*, avec lequel on produit du formol : un flacon contenant de l'alcool mithylique est coiffé d'un bouchon perforé, permettant aux vapeurs d'alcool d'aller imbiber un disque d'amyanthe chauffé au rouge dans lequel est incorporée de la poussière de palladium et de platine. Le dégagement du formol est considérable par rapport au volume de l'appareil.

M. Bardet confirme que cet appareil, grâce à sa grande surface de combustion, suffit pour désinfecter efficacement des logements de faibles dimensions.

M. Huchard présente une note sur l'*action de la théobromine*. Il y a deux ans, l'orateur avait pu constater que la théobromine constituait un diurétique de la plus haute importance pouvant dans beaucoup de cas remplacer la digitale quand celle-ci devenait dangereuse à manier. Il y a quelque temps, M. Huchard a reçu d'un médecin de province la relation de trois cas où la théobromine produisit chaque fois des accidents sérieux, consistant en une céphalalgie intense, de la dyspnée, des vomissements, etc. M. Huchard lui-même a constaté des faits analogues dans ces derniers temps, qui lui ont fait admettre que la théobromine n'était pas toujours égale à elle-même.

Il existe certainement des cas d'idiosyncrasie, semblable à celle qu'on observe pour les iodures et nombre d'autres médicaments, mais il est à remarquer que la théobromine des hôpitaux, non falsifiée, ne donne lieu que fort rarement à des accidents, alors que pour les trois cas du confrère de province, l'emploi de la théobromine prise chez le pharmacien fut chaque fois nuisible au malade. Il y a donc lieu d'admettre, en dehors de l'idiosyncrasie, une variabilité de l'alcaloïde : ce dernier, comme la plupart des alcaloïdes d'ailleurs, est fabriqué en Allemagne, car en France, grâce à la cherté de l'alcool, la fabrication des alcaloïdes est rendue fort difficile. La théobromine importée n'est donc pas toujours pure, elle contient d'autres principes qui ne sont pas des poudres inertes, puisqu'on a observé des accidents sérieux. Il faut engager les pharmaciens à s'assurer de la pureté du produit que leur adressent les droguistes. Peut-être trouverait-on dans beaucoup de théobromines, son isomère la théophylline, dont les propriétés, fort peu connues, tendent peut-être à augmenter la toxicité du produit.

M. Patein donne, comme réactions permettant de reconnaître si une théobromine est pure, les trois essais suivants : 1° le point de fusion ; 2° l'aspect caractéristique des cristaux ; 3° la solubilité dans l'eau alcaline. Ces trois réactions réunies donnent une certitude absolue.

M. Petit pense qu'il est fâcheux de faire croire que l'on ne peut fabriquer des alcaloïdes en France, alors que tel n'est pas le cas.

M. Bardet s'excuse d'introduire dans le débat la question commerciale, mais il considère qu'il y a urgence à soulever cette question. Depuis quelque temps, on s'aperçoit que pour la cocaïne, par exemple (Reclus), on n'obtient plus du tout les mêmes réactions qu'autrefois : la fabrication n'est plus la même qu'à l'apparition de l'alcaloïde en 1886. On se sert aujourd'hui, pour l'obtention du produit, de variétés de coca qu'on négligeait alors : ces variétés donnent des alcaloïdes renfermant des isomères de la cocaïne qui n'ont pas le même effet thérapeutique que la cocaïne pure. Il en résulte que le thérapeute n'est pas en présence de produits sur lesquels il peut compter. La fabrication française qui s'est toujours ingéniée à présenter au public des produits de grande

pureté, est actuellement incapable de lutter contre le bas prix des produits étrangers, obtenus grâce aux lois fiscales qui permettent aux chimistes allemands, par exemple, d'avoir de l'alcool pur pour quarante centimes le litre, alors qu'en France le prix dépasse trois francs. Pour la morphine, par exemple, il existe un droit élevé sur l'opium à l'entrée en France, empêchant entièrement la fabrication de la morphine. Si l'on veut avoir de la cocaïne pure fabriquée en France, il faut la payer beaucoup plus cher, à l'exemple d'un dentiste de Bordeaux qui a adopté cette manière de faire.

Il est bon que les pouvoirs publics sachent que les droits sur l'alcool ont tué la fabrication des alcaloïdes en France, et qu'on a ainsi créé des conditions d'infériorité considérable aux chimistes français.

M. Pouchet estime qu'il importe que la Société de thérapeutique sache qu'un même alcaloïde varie considérablement suivant qu'il est extrait de telle ou telle espèce botanique. Au début, quand les demandes étaient peu considérables, on pouvait, pour la cocaïne par exemple, avoir des produits purs. Mais aujourd'hui on a perfectionné les modes d'extraction des alcaloïdes, on s'est adressé à des espèces variées de plantes pour obtenir un même alcaloïde, et des différences d'action très marquées ont été observées à la suite de cette manière de procéder.

Pour la théobromine spécialement, il est certain que suivant la plante dont elle provient, elle se trouve mélangée de produits encore fort mal connus : les diverses variétés de cocas donnent de même des cocaïnes fort variables.

M. Huchard est heureux d'apprendre que certains alcaloïdes peuvent être fabriqués en France, mais il estime que les remarques de M. Bardet restent entières.

M. Petit constate à nouveau qu'en France on fabrique certains alcaloïdes en grande quantité. Pour la cocaïne, l'orateur se demande si ce peu d'action de la cocaïne actuelle ne tient pas au contraire au fait qu'étant fabriquée avec plus de soin, elle se trouve débarrassée de certains glucosides qui ont peut-être une action anesthésique marquée.

Pour la question pharmaceutique, l'orateur croit qu'on est allé trop loin en soupçonnant d'impureté les produits couramment employés dans les officines. Les enquêtes faites n'ont permis de découvrir que des faits de peu d'importance.

M. Bardet n'accuse pas les pharmaciens de négligence, il dit simplement que dans les circonstances actuelles, ils se trouvent dans l'impossibilité de faire mieux.

M. Le Gendre tient à ramener le débat sur la question de l'action thérapeutique de la théobromine. L'orateur se sert couramment de ce produit, il observe de temps à autre des accidents, mais ces accidents sont d'ordre nettement idiosyncrasique, car le même produit, en ville aussi bien qu'à l'hôpital, produira chez deux malades différents des effets variables.

M. Pouchet fait remarquer que les objections de M. Le Gendre ne détruisent pas le fait communiqué par M. Huchard, à savoir qu'un médicament qui ne donne à Paris que de rares mécomptes, a provoqué en province des phénomènes toxiques chez *tous les malades* qui ont été soumis à la médication.

M. Huchard tient à attirer l'attention de la Société sur le cas du Dr Laporte. Il estime que la Société a le devoir d'intervenir au nom de la dignité du corps médical.

M. Bardet appuie la proposition et demande qu'on se tienne, dans la rédaction de l'ordre du jour, dans des termes généraux qui ne permettent pas aux adversaires de l'inculpé de considérer la démarche de la Société comme dictée par l'esprit de corps.

Le *Président* met aux voix l'ordre du jour suivant, proposé par M. Blondel :

« La Société de thérapeutique, émue comme l'a été tout le corps médical français en apprenant « l'arrestation d'un confrère sous la seule inculpation de faute opératoire, tient, sans rien préjuger « du fond de l'accusation, à protester contre le précédent déplorable créé par le fait de l'empri- « sonnement préalable en matière d'insuccès thérapeutique. »

La Société adopte cet ordre du jour à l'unanimité.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Chirurgie du tube digestif. (*XIIe Congrès international de Moscou.*) — M. CZERNY fait connaître sa statistique actuelle. Etant donnés les perfectionnements de technique que nous lui devons, nous pouvons accorder une grande valeur aux chiffres qui suivent : Dans le *cancer de l'œsophage*, pas de guérison radicale par la résection ; la gastrostomie au contraire donne de très bons résultats palliatifs. Dans le *cancer du pylore*, guérison radicale par la pylorectomie dans 10 0/0 des cas, à la condition unique que le diagnostic ait été fait de très bonne heure. La gastro-entérostomie est considérée par lui comme une excellente opération palliative, par le soulagement qu'elle donne aux malades. Dans les *rétrécissements cancéreux du rectum*, la résection a amené la guérison radicale dans 20 à 25 0/0 des cas. La colostomie est une ressource dernière, si l'ablation est impossible.

M. CECCHERELLI (de Parme) s'occupe des rétrécissements rectaux syphiliques et montre que le traitement spécifique n'a d'action que pendant la première période (gomme). Plus tard, le rétrécissement est sous la dépendance d'autres éléments.

M. J.-E. VAN ITERSON (de Leyde) expose une statistique personnelle qui n'offre rien de spécial à noter, si ce n'est que les gastrostomies, gastro-entérostomies et même les pylorectomies et entérectomies ont été faites sans *anesthésie générale*. L'auteur prétend ainsi éviter le collapsus consécutif à l'opération, les vomissements toujours dangereux et la congestion hypostatique.

M. F. SÉMATSKY (de Saint-Pétersbourg) fait le procès de la technique de la gastro-entérostomie. Pour éviter le reflux habituel du suc pancréatique et de la bile dans l'estomac, il faut, selon lui, sectionner complètement l'intestin grêle (jéjunum), aboucher le bout inférieur à l'estomac et réunir le bout supérieur ou afférent au bout inférieur à une certaine distance de l'anastomose stomacale.

Enfin, le débat est clos sur la staistique de M. MIKULICZ (1882-août 1897) comprenant 270 opérations sur les voies digestives, avec 72 morts. Mortalité totale : 26,7 0/0. La résection du pylore donne 16 morts ou 35 0/0; la gastro-entérostomie donne 19,5 0/0 de morts, la gastrostomie fournit 19,4 0/0 d'insuccès. En mettant à part les cas compliqués, on ne trouve plus, sur le total général, que 13,7 0/0 de décès. S'il nous est permis de tirer une conclusion de ces débats, nous ferons observer que chaque nouveau Congrès apporte de nouvelles preuves à cette assertion que la chirurgie du tube digestif, surtout en matière de cancer, n'est susceptible de donner tous ses fruits qu'avec ces deux éléments indispensables : précocité du diagnostic et de l'opération.

AUG. BENOIT.

Ruptures intestinales traumatiques dans les hernies, par O. LAMBRET (de Lille). — Nous trouvons dans les *Bull. de la Soc. cent. de méd. du département du Nord* (2e série, tome I, n° 5), la relation d'un cas de rupture intestinale dans une hernie, suivi de guérison par anus contre nature, et de deux autres cas, réunis par l'auteur, concernant des faits semblables malheureusement terminés par la mort. Ces faits sont rares ; Berger n'en parle pas dans le Traité de chirurgie. Sous l'influence du choc, les anses intestinales se dérobent le plus souvent, dans les hernies non maintenues par des bandages. Mais il peut malheureusement arriver que l'intestin soit comprimé entre le pubis et le corps vulnérant, ou que les muscles de l'abdomen se contractent violemment sous l'influence de l'effort ; si le sujet a été surpris en état de contraction, les anneaux se resserrent et la réduction ne se fait pas ; après la contusion, il se produit de la contracture qui maintient l'irréductibilité. Mais c'est dans la thérapeutique adoptée que réside l'intérêt de cette citation. Chez le premier sujet, la réduction ne fut pas faite et le malade guérit avec un anus contre nature, curable ultérieurement. Chez les deux autres, la mort par péritonite suraiguë fut la conséquence de l'intervention par le taxis chez un malade et de la réduction spontanée chez l'autre. Il était utile d'appeler l'attention sur la possibilité de ces lésions peu connues, afin qu'en présence d'un traumatisme des régions her-

niaires, le chirurgien s'abstienne de toute réduction, durant les premières heures, et se tienne prêt à agir, en cas de réduction spontanée.

AUG. BENOIT.

Traitement des plaies du foie, par L. WALTON. (*La Belgique médicale*, 1897, n° 29.) — D'après cinq nouvelles observations de plaies du foie, dont deux par armes à feu et trois par instrument tranchant, l'auteur rappelle que les deux complications qui doivent guider le chirurgien sont : l'*hémorragie* et l'*infection*. Aussi préconise-t-on aujourd'hui la *laparotomie exploratrice précoce*. Peu de temps après l'accident, s'il y a des signes d'hémorragie intra-abdominale, petitesse du pouls, matité étendue à la percussion, etc., le plus sage est d'intervenir. Ne pas se laisser tromper par le calme apparent du blessé pour prendre une détermination.

A une période plus tardive, ce sont les accidents d'infection, abcès du foie, péritonite localisée ou généralisée qui motiveront l'intervention. On fait alors la laparotomie avec lavage complet de la cavité abdominale avec de l'eau stérilisée à 8 0/0 de chlorure de sodium. Opération : que la laparotomie soit médiane, latérale ou cruciale, peu importe pourvu que l'accès du foie au doigt et à l'œil soit assuré. Contre l'hémorragie, accident le plus redoutable dans cette région, trois moyens : la *suture*, la *thermo-cautérisation*, le *tamponnement*.

Le *thermo-cautère* est infidèle; s'il a réussi à Zeidler dans deux cas, il a donné un insuccès à Broca.

Le *tamponnement* sera utilisé dans les cas graves où il faut se hâter; il est encore indiqué si la plaie est profonde ou trop irrégulière pour être suturée. La mèche de gaze iodoformée nécessaire peut atteindre 2 et 3 mètres de longueur; elle sert aussi à drainer la plaie.

La *suture* est la méthode de choix. On passe à travers le parenchyme hépatique lui-même et assez profondément pour ne pas le déchirer, des aiguilles plutôt mousses que pointues, enfilées de gros catgut qui bouche leur passage. On pourrait, selon Kousnetzoff et Pensky (1), lier les vaisseaux hépatiques eux-mêmes, après les avoir dénudés du parenchyme glandulaire. On fait, pour bien assurer l'affrontement des lèvres de la plaie, des sutures capsulaires superficielles, également au catgut.

Quel parti prendre, lorsque la vésicule biliaire est déchirée? On fait la cholécystorraphie si les déchirures sont petites, la cholécystectomie, quand elles sont trop étendues. On la fait aussi lorsque le *canal cystique* est tranché.

(1) De la suture du foie. (*Revue de chirurgie*, 1896.)

Les *blessures du cholédoque* indiquent formellement la cholécystentérostomie. Quelle que soit l'opération effectuée, on fera la toilette de la cavité abdominale avec des tampons de gaze sèche, en *évitant les lavages*. La guérison est fréquente et rapide : sur 50 cas d'intervention pour plaies du foie (statistiques réunies de Terrier, Courvoisier et Walton), on trouve 36 guérisons et 14 morts. Parmi ces cas figure une observation de corps étranger ayant séjourné dans le foie, suivie de guérison. C'est surtout dans les blessures par instrument tranchant du foie et des voies biliaires qu'il faut intervenir promptement; chez Carnot, l'hémorragie du tronc de la veine porte continua, sa blessure n'ayant pas été vue. L'auteur conclut, avec Terrier, que la laparotomie exploratrice, qui n'expose le malade à aucun danger, permet d'assurer l'hémostase par une suture, de prévenir l'infection de la cavité du péritoine par l'examen direct et d'examiner les organes voisins. Elle donne beaucoup moins de mortalité que la laparotomie secondaire, pour infection péritonéale d'origine hépatique. Il faut donc la faire quand l'état du malade le permet. Il n'y a d'exception que pour les plaies par gros projectiles, lorsque les délabrements sont considérables. On doit alors se borner au strict nécessaire. Quant à l'infection par *épanchement biliaire*, il y a des cas indubitables de guérison par la ponction. L'étude bactériologique et l'expérimentation pourraient seules permettre de fixer les indications opératoires, en nous montrant le degré de toxicité de ces épanchements.

AUG. BENOIT.

Laparotomie dans la péritonite par perforation généralisée survenue au cours d'une fièvre typhoïde. (*Archives russes de Chirurgie*, VII.) — GUESSELEWITSCH et VANACH arrivent à cette conclusion que dans la péritonite par perforation généralisée survenue au cours d'une fièvre typhoïde, la laparotomie est incontestablement indiquée. Mais on ne saurait oublier combien il est difficile de diagnostiquer la perforation dans chaque cas particulier. C'est donc la première question à résoudre. Deuxième question, non moins importante : Quand faut-il opérer et combien de temps peut-on attendre? Les auteurs répondent à cette dernière question ce qui suit : « Dans les cas récents, c'est-à-dire lorsque depuis le moment de la perforation il ne s'est écoulé que vingt-quatre heures, il faut opérer immédiatement si seulement il y a espoir que le malade supportera l'opération. Dans des cas plus anciens, l'intervention immédiate n'est indiquée que dans la péritonite généralisée. Au contraire, dans la péritonite circonscrite on peut attendre. »

En ce qui concerne la manière de pratiquer

l'anesthésie chez les malades, ces auteurs sont enclins à rejeter la choroformisation pure. Ils se sont servis du procédé mixte élaboré par Dombrowsky qui consiste en ceci : injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne (quatre à cinq seringues d'une solution à 2 0/0) ; pour combattre l'action des parois abdominales, petite quantité de chloroforme.

Malgré l'opinion de Troyanoff, les auteurs ne considèrent pas les lavages du péritoine comme absolument nuisibles ; ils estiment cependant que ces lavages sont indiqués particulièrement dans la péritonite généralisée et aussi dans la péritonite localisée séparée du reste de la cavité par des adhérences ou bien artificiellement par un tamponnement soigneux. En ce qui concerne le liquide à employer pour ces lavages, la question n'a pas d'importance pour les auteurs, car, d'après eux, les lavages ne sont importants que par ce fait qu'ils enlèvent mécaniquement le pus et qu'ils exercent, grâce à leur température, une action favorable sur l'état général des malades. Il faut noter ce fait bien intéressant que sur 12 cas où l'on a obtenu la guérison par la laparotomie, on a employé des lavages de la cavité péritonéale dans 9.

Les adhérences intestinales doivent être épargnées pendant l'opération ; il n'est permis de les déchirer que pour évacuer des abcès enkystés ; encore faut-il les déchirer très doucement.

Les auteurs conseillent d'aller de suite à la recherche de la perforation et de la suturer d'une façon ou d'une autre. Quant à la résection de l'intestin, elle est parfaitement indiquée dans les cas où il présente un grand nombre d'ulcérations. Ainsi, dans un cas, Vanach a réséqué 30 centimètres d'intestin grêle.

Disons, en terminant, que le travail des auteurs contient 65 observations concernant la péritonite par perforation généralisée d'origine typhique.

B. Taft.

Traitement opératoire de la péritonite suppurée généralisée. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*, juillet 1897.) — J.-M.-T. Finney décrit un nouveau procédé opératoire qu'il a employé avec succès dans 5 cas de péritonite suppurée généralisée, dont un consécutif à un ulcère typhique perforant. Il pratique une longue incision, extrait toutes les anses intestinales de la cavité abdominale et essuie entièrement et soigneusement la surface séreuse dans son entier avec de grandes compresses de gaze tordues après avoir été plongées dans une solution salée bouillante, en s'attachant spécialement à la partie pariétale ou pelvienne. Puis, il nettoie minutieusement l'intestin grêle, le replace dans l'abomen, et referme l'incision sauf en un point où il place un drain de gaze. Les chances de succès seront d'autant plus grandes que l'on pratiquera l'opération plus promptement après la perforation intestinale qui a occasionné la péritonite.

R. Blondel.

Traitement des hémorroïdes par des injections d'acide phénique. (*Gazette méridionale russe*, nos 18-24, 1897.) — Schalita propose de traiter les hémorroïdes par des injections d'acide phénique, qu'il emploie en mélange avec une solution de cocaïne à 2 0/0 (deux parties d'acide phénique pour une partie de solution de cocaïne).

Dans une seule séance il fait des injections dans tous les nœuds hémorroïdaux, la quantité de solution varie de 2 à 4 grammes, suivant le volume du nœud.

Dès les premières tentatives, l'auteur a pu noter que les injections sont peu douloureuses, qu'elles ne provoquent ni réaction générale, ni fièvre, ni modifications des urines. On n'observe pas, non plus d'anurie, phénomène habituel après toute opération sur les hémorroïdes. Les suites opératoires sont également tout à fait normales, et l'on peut dire qu'elles n'existent même pas. Le huitième ou le neuvième jour, les nœuds nécrosés sont enlevés, s'ils ne tombent pas d'eux-mêmes. Toutefois, les choses ne se passent pas toujours ainsi. On peut observer de la fièvre et une infiltration considérable ; ces phénomènes se produisent dans les cas où l'on avait injecté à la fois une trop grande quantité d'acide phénique, ou bien lorsque les précautions nécessaires n'avaient pas été prises.

Dans les hémorroïdes externes, la douleur qui suit l'injection persiste pendant un à deux jours.

Dans ces cas, il suffit de n'injecter que quelques gouttes de liquide, la ponction étant faite du côté de la muqueuse et *non pas du côté de la peau*.

Ce dernier point est très important, car si l'on pratique l'injection du côté de la peau, il peut se produire des nécroses étendues, et même des abcès.

Voici maintenant comment on procède :

Après un lavement, on comprime les nœuds de façon à en chasser le sang et l'on injecte doucement la solution phéniquée jusqu'à ce que les nœuds deviennent blancs par place. On applique alors un pansement. L'opération dure à peine deux à trois minutes. Le malade peut regagner lui-même son lit. On ne fait pas de tamponnement, de telle sorte que les malades peuvent aller à la selle après l'opération.

Il n'y a d'hémorragie ni pendant, ni après l'opération.

Les injections présentent un inconvénient : on ne peut savoir exactement jusqu'où pénétrera le liquide injecté, de sorte qu'il faut une certaine habitude pour arriver à une quantité d'acide phénique suffisante pour produire l'effet désiré, sans provoquer d'accidents. D'un autre côté, le procédé en question présente ce grand avantage qu'on n'est pas forcé de recourir à la narcose et qu'on n'a besoin ni d'aides expérimentés, ni d'instruments spéciaux. En outre, les malades ne doivent être soumis au repos absolu, ni au régime strict. Ce dernier point a une importance toute particulière pour les sujets épuisés. Enfin, quant au résultat définitif, la guérison est aussi stable qu'avec d'autres procédés de traitement.

L'auteur cite dans son travail soixante-huit observations qui confirment pleinement ce que nous avons exposé plus haut.

B. Taft.

Chirurgie du goitre, par F.-J. Shepherd. (In *The Practitioner*, août 1897.) — Il n'y a guère plus de vingt ans que l'on fait l'extirpation partielle ou totale de la glande thyroïde. Les injections iodées, les sétons, la pommade au biiodure de mercure, l'administration interne de l'iodure de potassium, tels étaient les moyens exclusivement employés auparavant, en particulier par Sir M. Mackensie. Il ne faudrait pas croire cependant que le traitement opératoire soit entièrement nouveau. L'incision a été pratiquée de temps immémorial. Warren Green (de Portland), réussit à extirper des kystes volumineux et très vasculaires (1871). Le succès couronna ces tentatives qui s'adressaient, comme l'avoue l'auteur lui-même, aux cas extrêmes où la vie était en danger. Mais voici que s'ouvre l'ère antiseptique et, grâce à l'amélioration de la technique opératoire, les opérations heureuses se multiplient. L'hémostase préventive vient encore diminuer la mortalité opératoire, qui n'est que de 12 0/0 en 1882. Suit une énumération de chirurgiens tels que : Billroth, Socin, Kocher, Reverdin, dans laquelle on ne voit pas figurer de nom français et qui ont publié une statistique encourageante. On n'ignore pas cependant que Péan a rencontré là une des plus belles applications du pincement préventif par étages. Mais la fréquence relative de la cachexie strumiprive, ou cachexie thyréoprive, selon Kocher, vient diminuer le zèle des opérateurs ; on revient à l'extirpation partielle. En réalité, suivant Shepherd, autant de variétés du goitre, autant de traitements différents qu'il indique dans son étude. La première variété, la plus commune, est le *goitre kystique*. Les poches contiennent du liquide ou une matière colloïde. Le kyste unilatéral est le plus favorable pour l'opérateur. Secondement, nous trouvons le *goitre diffus*. C'est un élargissement total du tissu glandulaire, que l'on a l'habitude de combattre par l'administration d'extrait thyroïdien. Les résultats sont souvent surprenants. En cas d'échec, on fait l'ablation partielle de la glande et le reste s'atrophie fréquemment. En troisième lieu, viennent les *goitres vasculaires*, observés surtout dans la maladie de Graves. Ici l'excision est particulièrement redoutable. Même en cas de succès opératoire, les malades succombent à des troubles inconnus. Une température très élevée suit parfois la thyroïdectomie totale ; elle est due, pense-t-on, à une excessive absorption de suc thyroïdien, pendant l'opération. Il a obtenu pourtant d'aussi heureuses guérisons par l'excision partielle de la thyroïde, que par la résection du sympathique cervical inaugurée par Jaboulay (de Lyon), pour guérir le goitre exophtalmique. La quatrième variété comprend les *tumeurs malignes*, cancer ou sarcome. Il faut les respecter, si le mal est trop étendu. Enfin, on peut voir des goitres enflammés. Pour Kocher, l'extirpation est le meilleur traitement, en cas d'inflammation aiguë. S'il y a du pus, l'incision et le drainage sont indispensables. Les autres tumeurs bénignes, celles produites par l'échinocoque, sont rares et ne méritent qu'une simple mention.

Dangers de l'opération. — Ce sont en premier lieu l'hémorragie, ensuite la blessure du nerf récurrent et les effets de la thyroïdectomie totale. On a renoncé à faire la trachéotomie préventive avant de faire l'extirpation, car on a reconnu que la dyspnée est mieux calmée par l'enlèvement rapide de la tumeur que par la trachéotomie.

Opération. — Trois méthodes principales peuvent être employées aujourd'hui : l'*extirpation*, l'*énucléation*, la ligature des artères thyroïdiennes. L'auteur ne parle que des deux premières, n'ayant pas l'expérience de la méthode par les ligatures.

A. *Extirpation.* — On la fait partielle dans le *goitre exophtalmique* et dans l'*hypertrophie* diffuse de la thyroïde qui n'a pas été améliorée par le traitement thyroïdien. Dans cette catégorie de goitres, il faut se garder de tenter l'énucléation ; il faut faire la ligature des artères et veines thyroïdiennes supérieures, tout en comprimant les artères thyroïdiennes inférieures, avant d'enlever la tumeur par un de ses côtés, sans ouvrir sa capsule. On liera ensuite le pédicule vasculaire inférieur tout près de la glande, pour ne pas blesser le récurrent. Il faut aussi jeter une ligature de catgut sur l'isthme, s'il est de forte dimension. Le tamponnement est souvent le seul moyen d'arrêter les hémorragies veineuses, on met un drain pendant vingt-quatre heures, que l'on enlèvera entièrement après ; une

grande expérience est nécessaire pour opérer dans ces cas.

B. *Enucléation.* — Cette intervention s'adresse aux kystes thyroïdiens, solides ou liquides. On ne doit pas compter sur le traitement thyroïdien pour les guérir et l'énucléation est le traitement de choix, puisque l'auteur a pu l'appliquer dans une trentaine de cas sans un seul décès, la guérison complète survenant rapidement. Ce goitre, du moins dans la province de Québec, est beaucoup plus commun chez la femme que chez l'homme. C'est pour combattre la dyspnée, la dysphagie, ou bien pour faire disparaître la difformité que le chirurgien est appelé à intervenir. Les symptômes nerveux, tachycardie, tremblement, etc., fournissent aussi des indications pressantes. Les meilleurs cas sont fournis par le kyste simple, siégeant soit dans les lobes, soit dans l'isthme, soit dans la pyramide du lobe moyen. La difficulté croît avec le nombre des kystes; le kyste simple est facile à opérer. Pour venir à bout des kystes multiples, il faut faire deux incisions, une sur chaque lobe et apprendre surtout à reconnaître quand on est arrivé sur la paroi propre du kyste. Voici comment il a été opéré dans les cas rapportés : incision de trois ou quatre pouces de long faite directement sur la tumeur. La peau et le fascia incisés, les muscles sont écartés, quand ils sont encore visibles; la veine jugulaire antérieure, si elle existe, est coupée entre deux ligatures. La glande est mise à nu; elle a l'aspect du tissu musculaire et saigne abondamment quand elle est entamée. On fait une petite incision à travers le tissu glandulaire et, à une distance plus ou moins grande, le capsule du goitre apparaît. Elle se reconnaît à sa *couleur blanc bleuâtre* et, avec de l'habitude, on arrive à la distinguer facilement. Reverdin dit à cet égard : « Quand on hésite, on n'est pas sur la tumeur. » Lorsqu'on est parvenu sur la capsule, on agrandit l'incision de la glande et on énuclée rapidement la tumeur avec le doigt. L'auteur ponctionne habituellement le kyste pour diminuer la tension et l'attire en dehors, pendant qu'il le sépare du tissu environnant, en pinçant à mesure les gros vaisseaux qui saignent fréquemment. On dirait d'un kyste de l'ovaire. Les manœuvres sont extra-cervicales et M. Shepherd a pu ainsi enlever sans crainte d'énormes kystes descendant en arrière du sternum jusque sur le tronc veineux innommé et les branches de l'aorte; si les kystes sont multiples, on peut parfois sans faire de nouvelles incisions, toujours dangereuses, atteindre un kyste voisin au travers les parois de la cavité formée par l'ablation du précédent. L'hémostase faite, on bourre avec de la gaze iodoformée, dont on réserve un bout pour drainer à l'angle inférieur de la plaie. La fermeture complète de la plaie ou l'usage d'un tube à drainage exposent à des hémorragies secondaires. On termine l'opération par des sutures cutanées sur toute la hauteur de la plaie, sauf l'angle inférieur, par où sort la mèche de gaze, où l'on met un point d'attente, lequel est serré le lendemain, au premier pansement. Point de lavage de la cavité, le pansement est fait et renouvelé à sec. Les malades peuvent se mouvoir dès le lendemain; on ne doit pas prendre garde à toute élévation de température qui n'a pas sa raison dans l'état local. Les kystes vastes sont souvent plus faciles à énucléer que les petits, étant moins adhérents. Si les poches kystiques contiennent des matières solides, elles sont ouvertes et vidées autant que possible, avant de continuer l'opération comme il a été dit.

AUG. BENOIT.

Chirurgie spinale. (*Münch. med. Woch.*, 6 juillet 1897.) — TRAPP (de la clinique de Helferich) donne l'observation d'un cas intéressant traité avec succès par la laminectomie. Il reconnaît que le traitement du mal de Pott avec paralysie par l'extension forcée donne une grande proportion de guérisons durables. Néanmoins, certains cas résistent à ce traitement. Le nombre total des cas traités par cette opération est, selon l'auteur, encore assez restreint et les guérisons sont plus rares encore.

Le cas rapporté par Trapp est celui d'un homme de 20 ans, tombé d'une hauteur de 3 mètres sur le siège. Peu de temps après, il se produisit une bosse sur la colonne vertébrale. A mesure que celle-ci augmentait, il ressentit de la faiblesse du train postérieur. Admis dix mois plus tard à l'hôpital, il avait perdu beaucoup de la force de ses jambes et présentait des élancements de plus en plus violents dans les genoux et des spasmes cloniques de l'articulation. Le rectum et la vessie n'étaient pas affectés. On pratiqua l'extension forcée et un mieux se manifesta; les symptômes spasmodiques diminuèrent. Deux mois plus tard, il se produisit une rechute secondaire. La paralysie spasmodique devint plus marquée et de légers symptômes se manifestèrent du côté de la vessie. La température s'élevait le soir. On pratiqua la laminectomie. On enleva les apophyses et des parties des lames vertébrales des septième et huitième vertèbres dorsales. Le contenu du canal médullaire fit hernie par l'ouverture : on n'y constata pas de pulsation. On ouvrit alors la dure-mère et on en retira la valeur d'une cuiller à café de pus épais et jaunâtre. En même temps le clonus du pied disparut du côté droit, et le clonus rotulien diminua des deux côtés. Au bout d'un mois,

le malade put soulever les jambes quelque peu hors du lit, et quatre semaines plus tard il commença à essayer de marcher. Quatre mois après l'opération, en janvier 1897, il put marcher seul et sans soutien. On sait que la tuberculose peut se développer après des accidents de ce genre. L'auteur se rallie pour la paralysie dans les cas de maladie vertébrale, à la théorie de l'œdème. L'aggravation soudaine des symptômes était due probablement à la rupture d'un foyer tuberculeux à travers la dure-mère, produisant ainsi une paraplégie croissante par compression. Ce cas montre que la tuberculose sous-méningée peut être traitée opératoirement avec succès. Helferich n'enlève pas la totalité de l'arc vertébral, mais laisse le plus large soutien possible à la colonne osseuse. L'extension fut utile après le traitement et, à toute éventualité on appliqua un corset plâtré. L'intérêt de ce cas réside dans la marche de la paralysie et dans la guérison complète survenue après l'opération, malgré la situation de l'abcès sous les méninges. On n'a pas, à la connaissance de l'auteur, publié encore de cas tout semblable.

R. Blondel.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

De l'influence de l'acide borique sur l'action des ferments digestifs, par R.-A. Cripps. (*Analyst*, p. 183, 1897.) — Divers auteurs ont déjà étudié l'influence de l'acide borique et d'autres antiseptiques sur les ferments digestifs. R.-A. Cripps recherche son effet sur le ferment de la coagulation du lait, sur la diastase et la zymase aussi bien que sur les ferments protéolytiques et amylolytiques ordinaires. Il arrive à ces conclusions, de même que ses devanciers, à savoir que l'acide borique n'a aucun effet, dans la pratique, sur l'action des ferments salivaires ou pancréatiques, même lorsqu'il existe dans une proportion aussi élevée que 1 0/0, c'est-à-dire, considérablement plus forte que celle employée pour la conservation des denrées alimentaires.

Naturellement, ces expériences faites *in vitro*, ne prouvent pas nécessairement qu'il n'y a aucune action inhibitoire sur les processus digestifs qui s'accomplissent dans le corps, dans des conditions, sans doute, beaucoup plus compliquées, mais elles semblent prouver que dans les limites déjà mentionnées, l'acide borique n'entrave pas l'action purement chimique des ferments en question.

Etant donnée l'extension énorme prise maintenant par l'emploi de l'acide borique et des autres antiseptiques pour la conservation des aliments, il est très désirable que l'on établisse définitivement s'ils sont nuisibles ou non.

Il existe une objection très courante faite à l'emploi de tous les antiseptiques, dans la conservation des aliments; cet argument, quoique raisonnable, ne peut néanmoins pas être regardé comme complètement justifié par nos connaissances actuelles. Les expériences que nous venons de rapporter montrent que l'acide borique n'a pas d'effet sur l'action chimique des ferments inorganisés. Il n'est aucunement prouvé que la présence de ferments organisés, c'est-à-dire de bactéries, soit un facteur essentiel de la digestion normale. Si cela était, il ne serait nullement justifié d'affirmer que toute substance capable d'arrêter l'activité fonctionnelle de ces organismes ou même de les tuer doit nécessairement être nuisible aux tissus de l'intestin. Il est certain qu'on n'a encore signalé aucun cas où un antiseptique, pris sous forme de conservateur d'aliment ait produit de fâcheux effets.

Les substances antiseptiques ne tuent pas nécessairement les germes de toutes sortes : chaque substance entrave la vitalité des organismes vivants pour des raisons chaque fois différentes; pour beaucoup d'entre elles, rien ne permet d'affirmer *a priori* qu'elles doivent être nuisibles à l'économie humaine. Chaque substance doit donc être jugée selon ses vertus propres, et il est vivement à désirer que l'on mentionne impartialement tous les cas ou les antiseptiques employés pour conserver les aliments ont produit de mauvais effets.

R. Blondel.

Le vomissement nerveux. (*Centr. Bl. f. d. Ges. Therapie*, août 1897.) — Meisl comprend sous ce nom les cas où le vomissement n'est causé par aucune irritation anormale ou modification pathologique de l'estomac, mais par des troubles affectant le système nerveux central ou périphérique. Les conclusions thérapeutiques de l'auteur sont les suivantes :

1° Combattre la névrose par le changement de milieu, le repos, l'hydrothérapie, la faradisation généralisée, etc.;

2° Alimentation d'où les liquides, mal supportés dans presque tous les cas, sont exclus : on donnera, en petites quantités à la fois, de la viande hachée, des œufs à la coque, du riz, des zwiebacks, etc. Alimentation rectale dans les cas rebelles graves ou tube de Faucher, en com-

mençant par 50 à 100 grammes de lait à la fois plusieurs fois par jour : l'emploi du tube devra être continué pendant deux à trois semaines. Plus tard, on alternera tous les huit jours entre l'alimentation ordinaire et l'emploi du tube ;

3° Dans les cas légers, cachets contenant : bicarbonate de soude, 1 gramme; menthol, 5 centigrammes, à prendre trois fois par jour à la fin du repas. On peut aussi recourir aux suppositoires suivants : extrait de belladone, 2 centigrammes ; phosphate de codéine, 3 centigrammes ; beurre de cacao, Q. s. pour un suppositoire. Dans les cas graves, une injection de morphine sera très utile : quand les vomissements sont accompagnés de pyrosis et d'hyperesthésie stomacale, le bismuth combiné à des alcalins, à hautes doses, réussira souvent, ainsi que l'oxalate de cérium (2 à 3 décigrammes plusieurs fois par jour). Quand il existe de la douleur, on donnera de préférence, plusieurs fois par jour, une pointe de couteau de la poudre suivante : papaïotine, 1 gramme ; bicarbonate de soude, 40 grammes.

La suggestion ne devra pas être oubliée, et l'hydrothérapie a enregistré quelques succès. Quand les vomissements ont cessé, on s'adressera au gavage, qui est méthodiquement pratiqué dans plusieurs maisons de santé d'Allemagne et d'usage courant dans ce pays.

Le vomissement périodique, caractérisé par un retour complet à la santé dans les intervalles de crise ne cédera pas à l'emploi du tube de Faucher : on procédera à une cure de gavage dans les intervalles des crises : les bromures et l'électrisation galvanique avec pôle positif sur l'épigastre donnent de bons résultats dans cette variété de vomissements.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Action des rayons Rœntgen sur la tuberculose pulmonaire de l'homme, par Bergonié et Mongour. (*Congrès de Moscou*, août 1897.) — Bergonié et Mongour ont soumis cinq tuberculeux à l'action des rayons X : chez deux d'entre eux l'action de ces rayons a été absolument nulle, aussi bien sur l'état local que sur l'état général. Trois cas de tuberculose pulmonaire chronique ont donné les résultats suivants : dans un, résultat nul ; dans un autre cas, amélioration immédiate de l'état général, retour des forces et de l'appétit.

Pas de modifications de l'état local. Enfin, dans un troisième cas, amélioration de l'état local et général pendant un mois et demi. Puis poussée nouvelle.

On n'a jamais observé d'accident imputable aux rayons X.

G. Lyon.

Valeur thérapeutique des sels de potasse dans les affections cardiaques. (*Thèse de S. Pétersbourg*, 1896.) — Krivonogoff a employé une solution de salpêtre en proportion de 8 pour 180, à la dose de six cuillerées par jour chez seize malades atteints de différentes affections cardiaques et étant tous à la période de l'asystolie.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° Les battements cardiaques augmentent d'intensité et diminuent de nombre ; l'arythmie diminue ;

2° Les phénomènes de stase dans les poumons, le foie et les reins diminuent ; la diurèse augmente, les œdèmes disparaissent ainsi que l'albuminurie ;

3° L'état général s'améliore constamment.

Enfin, comme résultat général, indiquons que dans 8 cas le succès a été complet ; dans 5 cas satisfaisant. Dans 3 seulement l'amélioration a été passagère (l'affection cardiaque s'était compliquée de cirrhose).

L'auteur estime que les affections myopathiques, surtout la fatigue du muscle cardiaque et l'artério-sclérose, sont celles où le traitement par le salpêtre est le plus indiqué.

Disons, enfin, que Krivonogoff a pratiqué des expériences sur des animaux et que les résultats obtenus ont confirmé pleinement les faits observés cliniquement en ce qui concerne le ralentissement du rythme et le renforcement des battements cardiaques.

B. Taft.

Maladies du système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement du tabes. (*Congrès de Moscou.*) — M. Grasset (de Montpellier), rapporteur. — I. Comme il n'y a pas de traitement spécifique du tabes, les indications thérapeutiques ne peuvent être déduites que de la connaissance de la nature nosologique de cette maladie.

Le tabes est un syndrome anatomo-clinique, bien défini d'un côté par ses symptômes et son

évolution (histoire clinique), de l'autre par ses lésions (histoire anatomique).

Ce syndrome anatomo-clinique fait partie d'une maladie plus générale : la sclérose multiple disséminée.

Car : 1° dans le tabes pris en lui-même, il y a souvent des lésions scléreuses éparses, discontinues, disséminées ; 2° avec le tabes coexistent souvent, chez le même sujet, d'autres syndromes anatomo-cliniques nerveux, qui correspondent à d'autres foyers disséminés de sclérose du système nerveux ; 3° au tabes, on trouve également fréquemment associées, chez le même sujet, diverses scléroses d'organes autres que le système nerveux.

Comme l'étiologie de la sclérose multiple disséminée, l'étiologie du tabes est essentiellement complexe.

La syphilis est la cause la plus fréquente; mais elle n'est pas le seul élément étiologique, même dans les cas où on la rencontre. L'arthritisme, diverses intoxications, la disposition névropathique héréditaire ou acquise, le surmenage médullaire et d'autres causes jouent aussi un rôle. Il y a des éléments étiologiques multiples qui collaborent pour produire soit la maladie elle-même, soit sa localisation sur la moelle sensitive.

Cette notion importante de la complexité étiologique est a seule qui me paraisse expliquer la parasyphilis : la syphilis n'y est qu'un complice ou un coaccusé.

II. Cela posé, le tabes est curable.

Les faits prouvent notamment qu'il peut être cliniquement guéri alors même que la lésion persiste.

D'autre part, le tabes peut aussi, à défaut de guérison, présenter des rémissions et des rétrocessions partielles, assez longues et assez durables pour être désirées par le malade.

Enfin, dans des cas moins favorables, on peut encore obtenir des temps d'arrêt.

L'ataxie locomotrice n'est donc pas implacablement progressive.

Donc, malgré l'anatomie pathologique et ses conclusions décourageantes sur la sclérose définitive de la moelle, il y a lieu d'étudier le traitement du tabes et de discuter ses ressources.

III. On peut classer sous trois chefs les actions thérapeutiques à rechercher dans le tabes. On peut chercher : 1° à guérir, améliorer ou enrayer l'état anatomique de la moelle ; 2° à rétablir les fonctions troublées de la moelle malade; 3° à soulager les symptômes pénibles ou gênants.

Et les moyens proposes pour remplir ces indications se classeront en trois groupes : 1° moyens s'adressant aux éléments étiologiques (agents modificateurs des causes du tabes); 2° moyens s'adressant aux éléments anatomiques (agents modificateurs des lésions du tabes); 3° moyens s'adressant aux éléments symptomatiques (agents modificateurs des symptômes du tabes).

IV. Devant les médications étiologiques du tabes, il faut discuter le traitement antisyphilitique, le traitement antiarthritique et divers autres traitements étiologiques.

1° Le traitement antisyphilitique n'est pas nuisible dans le tabes. Souvent il fait du bien (rémissions, rétrocession partielle); exceptionnellement, il guérit.

On doit l'instituer toutes les fois que la syphilis antérieure est certaine, probable ou seulement possible chez le tabétique. D'où la règle qu'on doit toujours instituer le traitement spécifique chez un tabétique dont on pose le diagnostic pour la première fois.

Ce premier traitement sera mixte et durera trois mois.

Les reprises ultérieures du traitement seront réglées suivant la tolérance et les effets.

L'emploi des eaux chlorurées et sulfureuses se rattache à cette indication.

2° Le traitement antiarthritique comprendra les alcalins, les iodures (à faible dose), l'arsenic. un régime et une hygiène particuliers, certaines eaux minérales.

3° Les indications tirées des autres éléments étiologiques se déduisent de ces éléments mêmes et se synthétisent dans le traitement étiologique de l'état névropathique en général.

V. Les agents thérapeutiques qui s'adressent aux lésions du tabes tirent leur indication de la nature scléreuse de ces lésions ou de leur localisation médullaire.

1° Contre la sclérose, on emploie surtout les préparations iodées (iodures, teinture d'iode), les sels d'argent s'il y a intolérance des iodiques; le seigle ergoté (en surveillant, et par séries courtes) dans les poussées aiguës ou subaiguës; le régime antiscléreux (qui est très important).

2° Plus spécialement à la moelle, s'adressent les moyens de révulsion locale (dans les poussées aiguës ou subaiguës, en dehors des périodes de rémission), certains procédés électrothérapiques, l'élongation des nerfs (à peu près abandonnée aujourd'hui) et divers procédés d'élongation de la moelle.

Parmi ces derniers, la suspension doit être retenue comme un moyen utile, dans les phases essentiellement choniques, à la condition for-

melle d'être continué très longtemps : il paraît s'adresser à la sclérose réalisée, au reliquat des poussées antérieures, à l'infirmité ou à la cicatrice plutôt qu'à la maladie dans son processus actif et progressif.

VI. Le traitement symptomatique peut se grouper sous cinq chefs principaux :

1° Les douleurs fulgurantes et les crises viscéralgiques sont justiciables de tous les sédatifs : opium (éviter le plus possible les injections de morphine), antipyrine, etc.

Contre les crises d'estomac, on a employé l'oxalate de cerium. L'étude du chimisme stomacal dans chaque cas fournira des indications complémentaires utiles.

Au même groupe appartient une série de moyens externes : révulsifs, chloroforme, eau chaude, électricité, eaux minérales sédatives.

2° A l'amyosthénie et à l'asthénie on a opposé la médication séquardienne et la transfusion nerveuse, qui peuvent être remplacées aujourd'hui par les injections de sérum artificiel et de glycérophosphates.

Au même groupe appartiennent les toniques internes (généraux et spéciaux) et aussi le massage et l'hydrothérapie, l'électricité et certaines eaux minérales.

3° Contre l'ataxie, la rééducation des muscles suivant la méthode de Frenkel est un récent et utile moyen : c'est la rééducation de la moelle par le cerveau ou le développement, par l'action cérébrale, d'une compensation médullaire, compatible avec la persistance de la lésion (comme dans le cas de Schultze).

Ce moyen doit être employé en dehors des poussées aiguës ou subaiguës, quand la vue, les fonctions intellectuelles et la force musculaire sont suffisamment conservées.

4° Sans parler de l'hystérie simulant le tabes et de l'association hystéro-tabétique, on peut dire que les phénomènes névrosiques occupent dans la symptomatologie du tabes une place beaucoup plus importante qu'on ne le croit et qu'on ne le dit généralement.

Le premier et le principal moyen pour combattre ces symptômes est la suggestion.

Au même groupe appartiennent : certaines applications électriques, l'hydrothérapie et certaines eaux minérales.

5° Enfin les troubles vésico-rectaux, les troubles oculaires, les troubles trophiques, les troubles circulatoires, les crises bulbaires sont le point de départ d'indications spéciales dans certains cas.

R. Blondel.

Traitement mécanique du tabes. (*Congrès de Moscou.*) — M. Jacob (de Berlin) conclut ainsi :

1° Il a été impossible jusqu'à présent d'obtenir une guérison ou une amélioration notables dans le tabes dorsal au moyen du traitement spécifique.

2° Le traitement mécanique (compensateur) nous promet, au contraire, des résultats qu'aucun autre système de traitement n'a encore donnés. Cette méthode n'a pas pour but la guérison de la maladie elle-même, mais elle tend à soulager ou à mettre fin aux troubles de coordination, au moyen d'exercices méthodiques. Le malade doit apprendre à se rendre maître de ses mouvements, malgré l'affaiblissement de la sensibilité (sens musculaire).

3° Ces exercices ne peuvent pas avoir d'heureux résultats si on se borne à de simples indications : des appareils organisés spécialement dans ce but sont nécessaires, et une direction méthodique de plusieurs semaines au moins est indispensable.

R. Blondel.

Rapport sur le traitement de la neurasthénie par l'électricité. — La Société française d'électrothérapie ayant chargé le Dr L.-R. Régnier de présenter un rapport sur le traitement électrique de la neurasthénie, l'auteur a fait tout spécialement ressortir l'action éminemment calmante de la franklinisation : on ne saurait en effet trop insister sur cette action si intéressante, car pour la plupart des praticiens, l'électrisation constitue une méthode thérapeutique qu'il faut bien se garder de recommander aux malades souffrant d'excitabilité du système nerveux. Nous donnons ici les conclusions de l'auteur :

1° Dans la neurasthénie générale la voltaïsation, la faradisation et la franklinisation donnent également de bons résultats.

La franklinisation sous forme de douche électrostatique nous semble le procédé de choix à cause de la facilité de son application et de l'absence des inconvénients qui peuvent résulter de la voltaïsation ou de la faradisation chez des sujets très sensibles comme le sont la plupart des neurasthéniques.

2° Dans la neurasthénie spinale, sans nier l'action des autres procédés, la voltaïsation ou la friction électrique de la moitié inférieure du corps nous paraissent les meilleurs moyens.

3° Dans la forme dyspeptique la voltaïsation par le procédé de Betton Massey, la franklinisation par le procédé de Baraduc ou par celui que j'ai préconisé paraissent devoir être adoptés.

4° Dans la neurasthénie génitale chez l'homme, nous serions d'avis d'associer la douche électrostatique à la voltaïsation ou à la faradisation locale. Chez la femme la faradisation utérine ou vaginale associée ou non à la douche électrostatique est le meilleur procédé.

5° Dans la forme locale la franklinisation par le souffle est indiquée de préférence aux autres moyens d'électrisation.

E. Vogt.

Traitement électrique palliatif du tic douloureux de la face. (*Congrès de Moscou*). — M. Bergonié (de Bordeaux). — Le traitement consiste dans l'application du courant galvanique continu de haute intensité et de longue durée, appliqué au moyen d'une large électrode spéciale fixée sur la face du malade, et reliée au pôle positif de l'électro-moteur à courant continu, donnant cinquante volts, un rhéostat, un milliampèremètre, et les deux électrodes, dont l'une, l'électrode active, doit avoir 200 à 250 centimètres carrés, et dont l'autre, l'électrode indifférente, placée au niveau de la région dorsale, a au moins 40 centimètres carrés de surface. Les conducteurs complétant le circuit doivent présenter toute sécurité dans leur continuité et aux points de contact. L'intensité du courant doit être élevée progressivement à 35, 40 et 50 millampères; les périodes d'ascension et de diminution de l'intensité doivent durer sept à dix minutes, l'intensité maxima doit rester constante pendant vingt minutes au moins.

Ce traitement n'a aucun inconvénient : il apporte toujours un soulagement aux douleurs qui caractérisent la maladie et amène quelquefois à la longue, leur disparition.

R. Blondel.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Du sarcome mélanique du tractus uvéal, par le Dr Baudouin. (*Thèse de Paris*, avril 1897.) — Après avoir fait ressortir l'importance d'un diagnostic précoce, dans la première et la seconde période, duquel peut dépendre une survie notable, l'auteur parle de la gravité du pronostic, le sarcome mélanique représentant la plus maligne des tumeurs de la choroïde et celle qui est le plus sujette aux récidives. Cependant, il ne faut pas exagérer à l'excès la gravité de cette tumeur qui peut être notablement soulagée par un traitement approprié. Le *noli me tangere* est une erreur; bien au contraire, il faut opérer et opérer rapidement.

L'énucléation peut suffire à la première période; mais l'exentération de l'orbite constitue l'opération de choix pour le sarcome mélanique du tractus uvéal.

Kopff.

Contribution à l'étude de la dacryocystite congénitale, par le Dr Samuel-Davicion Lévy. (*Thèse de Paris*, juin 1897.) — La dacryocystite congénitale est produite secondairement par la persistance de l'état fœtal du canal lacrymo-nasal à la naissance, entraînant un engorgement du canal et du sac par les masses d'épithélium dégénéré, qui se font jour dans le coin de l'œil. L'infection survient secondairement plus ou moins intense. Il faut combattre ces cas de dacryocystite congénitale par les divers traitements médicaux (lavages antiseptiques, collyres, compression, massage, etc.), en se rappelant qu'il se produit quelquefois des cas de guérison spontanée après deux, trois mois et plus, par des soins vulgaires d'antisepsie. Le traitement général ne doit pas être négligé non plus et le traitement chirurgical ne doit être employé que si la dacryocystite persiste malgré tout, si le sac a des tendances à la dilatation, si des phénomènes aigus surviennent et si les parents sont trop impatients. On fera alors, sous le chloroforme, deux ou trois sondages qui seront en général suffisants.

Kopff.

Traitement de la dacryocystite purulente aiguë par le massage. (*Journal russe de médecine militaire*, n° 6, 1897.) — Vosxressensky décrit trois cas de dacryocystite purulente aiguë : dans deux cas, il y avait accumulation de pus à l'intérieur du canal vaso-lacrymal, dans le troisième le pus s'est écoulé. Dans les trois cas, le massage, sous forme de frictions circulaires de la région malade, a donné d'excellents résultats. Déjà le lendemain, on a pu constater une amélioration dans l'état des malades, qui se sont complètement rétablis au bout de deux jours. Ce résultat est d'autant plus digne de mention qu'avec les procédés de traitement habituellement employés (cathétérisme, incision) la maladie dure un mois et même plus.

Ajoutons qu'on se sert, pendant le massage, d'une pommade quelconque, la vaseline par exemple. Le procédé est simple et à la portée de tout praticien.

B. Taft.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX

Ancien chef de clinique de la Faculté.
Ancien prosecteur.

Traitement de la tuberculose laryngée par la cataphorèse interstitielle cuprique. (*Medical Record*, n° 22, 1897.) — SCHEPPEGRELL n'est pas partisan de la méthode de Heryng (curettages et cautérisations à l'acide lactique) pour tous les cas de tuberculose du larynx, car les plaies que laisse le curettage sont souvent exposées à la réinfection par les crachats. Le traitement galvano-caustique est d'application fort difficile et non utilisable dans bien des cas. L'auteur, dans l'espoir de trouver une méthode s'appliquant à toutes les variétés de tuberculose laryngée, indolore et ne provoquant que peu ou pas de réaction, a pensé à la cataphorèse, qui permet d'introduire dans les tissus, grâce à l'action du courant électrique, des médicaments actifs. Les essais ont porté sur plusieurs substances : la créosote, le gaïacol, l'iode, le chlorure de zinc, et enfin l'oxychlorure de cuivre. La créosote est trop irritante, l'iode trop peu efficace, le gaïacol est très analgésique et doit être réservé aux cas où la douleur constitue le principal symptôme à combattre. L'oxychlorure de cuivre est supérieur à tous les topiques : tout en étant moins microbicide que le chlorure de zinc, il est beaucoup moins corrosif et irritant. En prenant pour pôle positif une tige de cuivre métallique chimiquement pur, se terminant par un petit bouton qui vient toucher l'ulcération (le pôle négatif consistant en une large électrode appliquée sur la nuque), on provoquera, même avec 5 milliampères, un dégagement d'oxychlorure de cuivre qui pénétrera dans les tissus. De cette façon, on ne fait aucune plaie nouvelle, comme avec le curettage, on ne rencontre aucune difficulté opératoire, on ne provoque ni réaction ni hémorragie, et en procédant tous les trois jours à des applications médicamenteuses, on obtient au bout d'un temps variable (en général six à huit semaines), la cicatrisation des ulcérations.

E. VOGT.

Les végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance, par le Dr CUVILLIER. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — Les végétations adénoïdes sont loin d'être rares chez les nourrissons ; cette affection revêt à cet âge une forme clinique spéciale et doit être ici considérée comme congénitale ; elle se développe sous la double influence de l'hérédité similaire et du terrain et s'aggrave sous l'action de causes infectieuses. Les symptômes fonctionnels sont en premier lieu l'obstruction nasale et rétro-nasale, d'où troubles de la respiration et de l'alimentation, troubles qui amènent la cachexie adénoïdienne. Les signes physiques sont ici moins importants qu'à un âge plus avancé. Cependant, il faut signaler le facies déjà caractéristique, surtout pendant le sommeil, du petit adénoïdien ; la lèvre supérieure, se relevant plus ou moins, découvre les gencives et forme un arc à concavité inférieure. Le thorax peut aussi se déformer. L'examen du pharynx nasal ne peut se faire que par le toucher digital ; on sent une tumeur molle et friable située entre la paroi postérieure du pharynx, la partie supérieure du voile et l'arrière-cavité des fosses nasales. On peut aussi observer des accidents auriculaires (surdité, écoulements, etc.). La marche de l'affection est essentiellement chronique.

Le diagnostic différentiel doit être établi avec :

a) Le *coryza simple* : les accidents, au lieu d'être permanents sont transitoires et cèdent à un traitement médical approprié.

b) Le *coryza syphilitique*. Ici, le coryza est permanent et il y a du jetage. Mais, le jetage, au lieu d'être clair et inodore, est séro-sanguinolent, d'odeur fétide. Les antécédents héréditaires et personnels, l'existence de lésions syphilitiques concomitantes trancheront la question.

c) Avec la *coqueluche*, quand il y a de la toux quinteuse : tandis que, dans la coqueluche, la pression de la trachée réveillera les quintes, elle restera sans effet dans la cas de végétations.

d) Avec une *affection des voies respiratoires profondes*, quand on se trouve en présence d'un enfant affaibli, pâle, qui tousse et respire péniblement : la fièvre, les signes pulmonaires feront reconnaître l'affection thoracique.

e) Avec l'*adénopathie trachéo-bronchique*, dans les cas de cornage. Le cornage, dû aux végétations adénoïdes, cesse quand on pince les ailes du nez, tandis que le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique persiste. Fréquemment d'ailleurs les deux affections, sous la dépendance d'une même influence diathésique, coexistent. En outre, signes pulmonaires.

De l'ensemble de ces symptômes fonctionnels on doit déjà conclure que le *pronostic* de l'affection, si elle n'est pas convenablement traitée, est grave.

Le coryza, d'ailleurs, par suite de l'obstruction nasale qui en est la conséquence, a toujours été considéré chez les nourrissons comme particulièrement sérieux. Or, les végétations adénoïdes réalisent d'une façon permanente cette obstruc-

tion nasale qui n'est, dans les cas de coryza, que passagère.

En outre, par suite de l'obligation de la respiration buccale l'enfant se trouve exposé à tous les inconvénients de ce mode vicieux de la respiration. L'air, au lieu de passer par le filtre nasal, pénètre directement, froid, impur, chargé de poussières et de micro-organismes dans le pharynx et peut provoquer des complications du côté des voies respiratoires inférieures (amygdalites, laryngo-trachéites, broncho-pneumonie, etc.).

Enfin, quand les végétations adénoïdes sont cause de surdité, il n'est pas besoin d'insister pour montrer toute l'importance d'un diagnostic exact et d'un traitement radical.

Le *traitement* est médical ou chirurgical.

Dans les cas bénins, on pourra d'abord essayer du traitement médical et arriver ainsi à pallier les accidents, en combattant le catarrhe rhino-pharyngien. De préférence aux pommades et aux insufflations de poudre, nous conseillons l'instillation dans les narines, la tête de l'enfant légèrement penchée en arrière, d'huile mentholée (1/60) ou résorcinée (1/50 à 1/25). De deux à quatre fois par jour, on instille dans chaque narine avec une seringue *ad hoc* un demi-centimètre cube environ de cette huile. Des badigeonnages à la glycérine boratée ou iodée faible (1/100) débarrasseront le pharynx nasal et buccal des mucosités. Ces diverses manœuvres seront faites doucement et avec prudence de manière à éviter tout spasme laryngien.

Mais, dans les cas où les accidents se répètent; et d'urgence, quand l'obstruction nasale est déjà assez prononcée pour rendre toute alimentation impossible ou si on observe des accidents auriculaires, c'est au traitement chirurgical, c'est-à-dire à l'ablation des végétations, qu'il faudra avoir recours.

L'opération est facile et même de moindres conséquences à cet âge qu'à tout autre. L'anesthésie est inutile, les tout jeunes enfants sont très faciles à manier, à peu près inconscients. D'ailleurs, l'intervention opératoire doit être menée très rapidement.

Comme instrument, on se servira d'une pince à végétation dont la portion coudée est très courte, presque uniquement formée par les cuillers, faisant à peu près un angle droit avec le reste de l'instrument.

Chez le nourrisson, il ne faut donner qu'un ou deux coups de pince par séance. On évite ainsi toute hémorragie sérieuse et le traumatisme est trop peu important pour retentir d'une façon fâcheuse sur l'organisme.

Si une première intervention ne suffit pas à déblayer le rhino-pharynx, on la complétera dans une ou deux séances, selon les cas, quelques jours plus tard.

Faite dans ces conditions, l'opération ne peut présenter comme seul accident opératoire que la préhension de vomir entre les mors de la pince. Cet accident sera facilement évité, en donnant aux cuillers de la pince une direction convenable (en haut et en arrière).

Les suites immédiates de l'opération sont des plus bénignes. L'enfant est maintenu quelques jours à la chambre de manière à éviter tout refroidissement, pouvant entraîner des complications auriculaires. L'antisepsie nasale et de la plaie opératoire est réalisée par des instillations d'huile mentholée ou mieux résorcinée, qui est moins piquante.

Les résultats de l'opération sont excellents. Les végétations, complètement enlevées, ne récidivent pas.

La respiration nasale se rétablit, l'alimentation devient régulière et la croissance de l'enfant reprend son cours normal.

R. Blondel.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

La lèpre et son traitement par la sérothérapie, par Olaya Laverde (de Bucaramanga, Colombie). (*Conférence pour l'étude de la lèpre*, Berlin, 11-16 octobre 1897.) — L'auteur déclare avoir entrepris ses travaux sur la sérothérapie de la lèpre, après avoir eu connaissance de la première communication du Dr Carrasquilla. Le procédé employé par lui est différent de celui du médecin de Bogota, en ce sens qu'il prépare ses animaux en leur injectant sous la peau du suc de lépromes fraîchement extirpés à des malades en pleine efflorescence de la maladie. Ces animaux éprouvent toujours une assez forte réaction générale, qui disparait complètement au bout de cinq à six jours. Le sang de ces animaux, saignés lorsqu'ils sont revenus en pleine santé, est recueilli aseptiquement et injecté suivant les règles ordinaires; les accidents opératoires sont exceptionnels et de peu de gravité.

Les malades éprouvent à la première injection une réaction fébrile assez forte avec malaise, douleurs dans les reins et dans le ventre; quelquefois on observe de la diarrhée; cette réaction commence six heures après l'injection et se termine au bout de douze heures à trois et six jours, suivant les cas, par une transpiration

abondante, sentiment de bien-être et retour de l'appétit.

Les résultats thérapeutiques sont très manifestes et portent sur tous les symptômes à la fois. *Système nerveux :* disparition de l'anesthésie, des douleurs erratiques ou articulaires et des parésies. — *Muqueuses :* rétablissement de la respiration nasale, disparition de l'ozène et de l'anosmie, guérison des blépharites, des ulcères de la conjonctive et de la cornée. — *Peau :* rétablissement de la sécrétion sudorale, réapparition des poils, de la barbe, des sourcils, guérison rapide des ulcères étendus, disparition des lépromes par résorption.

Etat général. — Changement favorable de l'habitus, retour des forces, de l'appétit, du sommeil.

Bactériologie. — Disparition des bacilles dans les parties de la peau précédemment infiltrées de lépromes, où on les constate d'habitude avec facilité.

Durée du traitement : trois mois à un an et plus.

Résultats. — Jusqu'à présent les améliorations ont été constantes sur 60 cas. Six malades peuvent être considérés comme guéris. Leur guérison se maintient depuis un an. L'avenir seul fera connaître si les guérisons sont définitives, et si la majorité des malades peut arriver à la guérison complète ou à une amélioration relative. Ces résultats permettent d'employer concurremment avec la sérothérapie les procédés thérapeutiques ordinaires, tels que les cautérisations ignées, l'hygiène alimentaire et générale, et les médications toniques. Nous devons faire une mention spéciale aux lavages du sang pratiqués en injectant des doses massives de sérum normal dans le tissu cellulaire, ou du sérum artificiel dans une veine; ces procédés semblent un adjuvant très précieux de la sérothérapie.

Prophylaxie. — L'auteur croit que, vu les résultats de ce traitement, les lépreux doivent être considérés comme des malades; il n'est pas partisan de la déportation en masse de tous les sujets contaminés. L'isolement pour un temps déterminé, dans un hôpital spécial organisé pour la cure de la lèpre, paraît suffisant.

R. Blondel.

Influence du traitement par la saignée en dermatologie et résultats des analyses du sang dans les affections cutanées. (*Deutsche med. Zeitung*, n° 47, 1897.) — Schubert est un partisan de la saignée (620 observations), considérée comme traitement de choix dans nombre d'affections générales (chloro-anémie, etc.). Cet auteur a pu, à plusieurs reprises, observer que la saignée exerce une influence marquée sur diverses dermatoses : 6 cas d'eczéma ont été guéris en moyenne après la seconde phlébotomie; mêmes résultats dans 1 cas d'acné intense, 1 cas d'érythème des mains, et 2 cas de furonculose grave. Il va sans dire qu'aucun traitement général ou local n'était institué. Dans 1 cas de psoriasis concernant une jeune fille de 14 ans, la malade resta pendant quatre ans à l'abri de toute récidive à la suite d'une seule saignée.

Dans 1 cas de psoriasis beaucoup plus rebelle, soumis depuis quatre ans à des traitements continus dirigés par des spécialistes, il fallut cinq saignées pour arriver à enrayer le processus. Actuellement, après huit semaines de guérison complète, de nouvelles plaques réapparaissent, exigeant une saignée nouvelle. Le malade, encore en traitement, n'était jamais arrivé auparavant à faire disparaître complètement les plaques.

Dans 1 cas d'eczéma ayant duré dix-sept ans, trois saignées ont amené une guérison définitive qui date de trois ans.

Il ne faut jamais pratiquer les saignées à intervalles trop courts, sous peine de subir de grands mécomptes : l'auteur laisse toujours s'écouler un mois entre chaque intervention.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

La gonocoque et sa toxine : le sérum antitoxique. (*Congrès de Moscou.*) — par M. J. de Christmas. — L'ensemencement du gonocoque en milieu liquide, composé de 1 partie de sérum d'ascite pour 3 parties de bouillon peptonisé et 1 pour 1000 de glucose permet d'obtenir un développement vigoureux de ce microbe. Les cultures restent en vie de huit à dix jours, et il se forme des produits toxiques, qui se retrouvent en partie dans les corps des gonocoques morts, en partie dans le milieu de culture, d'où on peut les extraire soit en précipitant la culture avec l'alcool (la toxine est alors précipitée en même temps que l'albumine), soit en évaporant la culture en présence de la glycérine à basse température.

La toxine gonoccocique possède des propriétés phlogogènes prononcées. Inoculée dans la chambre intérieure de l'œil du lapin, elle produit une inflammation violente, accompagnée d'œdème considérable de la conjonctive, de

troubles inflammatoires de la cornée et de formation d'hypopyon. Souvent il se produit une ulcération de la cornée suivie de perforation et de prolapsus du corps ciliaire.

L'injection sous-cutanée de toxine chez les jeunes animaux (lapins) produit des abcès contenant du pus épais, stérile. Chez les animaux adultes, l'injection de petites quantités détermine une réaction inflammatoire de peu de durée; mais si la dose augmente, elle occasionne une inflammation assez forte, suivie de rétrécissement cicatriciel du tissu sous-cutané, qui souvent devient le siège d'une infection secondaire suivie de la formation de vastes abcès, très difficiles à enrayer.

L'injection de la toxine dans la plèvre produit une pleurésie purulente avec formation de pus, tapissant en partie la surface pleurale comme une fausse membrane.

L'injection de toxine dans le système veineux est suivie de phénomènes d'intoxication très marqués. La perte du poids est considérable, elle peut aller jusqu'à un cinquième du poids total dans les quarante-huit heures qui suivent l'injection. Souvent les animaux meurent cachectiques dans les huit à dix jours suivants; dans d'autres cas, le rétablissement se fait lentement; l'animal ainsi rétabli supporte plus facilement une nouvelle injection, et il est possible d'arriver à un certain degré d'immunité en injectant successivement des doses croissantes de toxines dans le système veineux.

Les toxines du gonocoque n'ont aucune action inflammatoire sur la muqueuse urétrale des animaux de laboratoire, mais, appliquées sur la muqueuse urétrale de l'homme, elles produisent une réaction aiguë, caractérisée par la vitesse avec laquelle elle évolue, et par un écoulement purulent. L'injection dans l'urètre de quelques gouttes de toxine, précipitée par l'alcool et émulsionnée dans un peu d'eau, est suivie d'une sensation de picotement et de cuisson dans l'urètre et déjà, deux ou trois heures après l'injection, on peut exprimer une goutte de pus par l'orifice urétral. La sécrétion purulente continue en diminuant dans les vingt-quatre à quarante-huit heures qui suivent l'injection; sa durée dépend de la qualité de toxine injectée; elle est toujours accompagnée de sensations douloureuses à la miction rappelant celles de la véritable blennorrhagie. L'examen microsropique de la sécrétion urétrale montre que les toxines injectées commencent par attaquer l'épithélium cylindrique de la muqueuse, qui est en partie détruite, et cette destruction est suivie de l'extravasation des globules blancs, formant la sécrétion purulente. La régénération de l'épithélium se fait très vite, et l'inflammation disparaît en quelques jours sans laisser aucune trace.

Cette réaction inflammatoire de la gonotoxine sur la muqueuse urétrale saine de l'homme est caractéristique pour le gonocoque : elle permettra, à l'avenir, de faire le diagnostic du gonocoque dans les cas de culture douteuse, et on pourra, par ce moyen, éviter l'injection de cultures vivantes de gonocoques dans l'urètre humain, dans le seul but de se rendre compte de l'authenticité de la culture.

L'injection sous-cutanée ou intra-veineuse de gonotoxine sur les animaux (lapins, chèvres), produit une accoutumance lente à la toxine, et le sérum des animaux ainsi traités possède des propriétés antitoxiques manifestes. C'est ainsi que le sérum de chèvres, immunisées depuis un an et ayant reçu plusieurs litres de toxines dans le tissu sous-cutané, neutralise les effets de la toxine dans la proportion de 1 pour 4, quand l'injection de l'antitoxine dans le système veineux ou dans le tissu sous-cutané est faite en même temps ou peu après l'injection de la toxine.

L'injection d'antitoxine sous la peau ou dans la veine permet également d'arrêter l'ophtalmie produite par l'introduction de la gonotoxine dans la chambre antérieure de l'œil, ainsi que la pleurésie purulente à la suite d'injection de la toxine dans la plèvre.

R. Blondel.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Nouvelle méthode d'hystéropexie. (*Congrès de Moscou.*) — M. Beck (de New-York). — Voici la technique de cette méthode : l'abdomen est ouvert le long de la ligne blanche comme d'habitude; une petite incision suffit; on saisit ensuite le fond de l'utérus au moyen d'une pince érigne, et on l'attire hors de la cavité péritonéale; on choisit ensuite un des ligaments et on l'isole soigneusement. Cette opération se fait de la manière suivante : on commence par faire deux incisions superficielles d'à peu près deux pouces de longueur, qui vont de haut en bas, et qui commencent à un demi-pouce au-dessous de l'origine utérine du ligament. L'isolement se fait simplement au moyen d'une sonde cannelée; l'opération est facile et ne donne lieu presque à aucune effusion de sang. La portion du ligament

ainsi isolée est retirée de la cavité péritonéale au moyen d'une aiguille à anévrisme et tenue hors de la cavité, tandis qu'en dessous les bords du péritoine sont réunis; de cette manière, le ligament se trouve pour ainsi dire à cheval sur le péritoine.

Pour tenir le péritoine cinq ou six sutures suffisent. Ensuite, le ligament étant toujours soutenu, on réunit au-dessous de lui, de la même manière, les aponévroses et les muscles sur lesquels repose finalement le ligament qui se trouve de cette manière soutenu par presque toute la paroi abdominale. On pourrait encore faire une suture à travers la substance même du ligament. Les bords de la plaie sont réunis comme d'habitude, et enfin un troisième rang de sutures sur la peau termine l'opération. On pourrait se servir dans le même but des deux ligaments ronds : néanmoins, vu l'immense force de résistance de leur tissu fibreux, un seul suffit pour prévenir le prolapsus de l'utérus, une légère version latérale n'étant pas importante.

R. Blondel.

Traitement médical abortif de l'endométrite par les vapeurs du brome. (*Congrès de Moscou.*) — M. Nitos. — Le véritable traitement prophylactique de la métrite parenchymateuse et de la salpingite chronique, doit consister dans la guérison rapide de l'endométrite récente, qui est le point de départ des lésions, pendant que l'inflammation est encore superficielle et avant qu'elle n'ait gagné le parenchyme utérin, ou qu'elle se soit propagée aux trompes.

Pour remplir ce but, il faut pouvoir disposer d'un médicament susceptible d'atteindre l'inflammation sur toute l'étendue de la muqueuse utérine, jusque dans ses replis, jusqu'au fond des cornes utérines, et même jusque dans la trompe à travers l'ostium uterinum. Pour arriver à ce résultat, ce médicament doit être gazeux, et ses vapeurs doivent être éminemment antiseptiques, extrêmement diffusibles, et douées de propriétés anti-catarrhales, en agissant sur les épithéliums suffisamment pour les modifier sans les détériorer. Le brome qui se présente dans le commerce à l'état liquide, mais qui a la propriété d'émettre des vapeurs denses à la température ambiante, qui est soluble dans l'eau, est précisément doué de ces propriétés. Pour dégager les vapeurs du brome et les amener ensuite au moyen d'une sonde spéciale intra-utérine à double courant dans l'intérieur de la cavité utérine, il suffit de se servir d'une solution aqueuse saturée de brome qu'on renferme dans un flacon à double tubulure, et dans lequel on projette, au moyen d'une soufflerie, de l'air qui vient dans le flacon faire barbotter le liquide médicamenteux.

R. Blondel.

Taille sus-pubienne dans le traitement des fistules vésico-vaginales. (*Wratsch*, n° 30, 1897.) — Zematzky a eu à intervenir dans un cas concernant une femme où quatre opérations antérieures avaient échoué. Ayant eu recours à la taille sus-pubienne préalable, il arriva à guérir sa malade. En se basant sur ce cas, Zematzky croit pouvoir affirmer que, dans tous les cas de fistule vésico-vaginale, où les procédés habituels échouent, il faut faire précéder l'opération plastique par la taille sus-pubienne, avant de se résoudre à recourir à des interventions opératoires très compliquées, comme par exemple l'opération intra-péritonéale de Dittel ou la section extra-péritonéale de la vessie de Bardenheuer.

B. Taft.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Traitement de la coqueluche par la quinoléine. (*Gazette hebdomadaire médico-chirurgicale*, 17 juin 1897.) — M. Marius Martin préconise l'emploi presque exclusif des inhalations. Trois ou quatre fois par jour les petits coqueluchoux étaient réunis dans une salle au milieu de laquelle se trouvait un récipient contenant 100 grammes d'eau bouillante auxquels on ajoutait dix à vingt gouttes de quinoléine par enfant.

Les petits malades respiraient tout en jouant, pendant quinze à vingt minutes, les vapeurs de quinoléine, ils aimaient cet atmosphère et après chaque séance ressentaient un réel soulagement.

La quinoléine paraît agir comme antispasmodique et peut-être aussi comme antiparasitaire.

Cette médication est facilement acceptée par les enfants, ne présente aucun inconvénient et influence la marche de la maladie. Il ne faut pas oublier qu'elle a ses insuccès comme tous les traitements préconisés contre la coqueluche.

A. Chassevant.

Le traitement de la broncho-pneumonie aiguë chez les jeunes enfants, par Henry Dwight Chapins. (*Medical Record*, 26 juin 1897.) — Le traitement de cette affection si fréquente chez les enfants doit se proposer d'être réconfortant des forces vitales et de diminuer les embarras mécaniques de la respiration.

On doit nourrir l'enfant avec des aliments

très assimilables administrés fréquemment : lait, sang de bœuf exprimé de la viande, œufs. On ne doit pas donner de drogues dépressives, au contraire les stimulants sont indiqués.

On maintiendra les voies respiratoires libres en dégageant les narines par des lavages à l'eau boriquée. L'expectoration sera favorisée par l'administration des sels ammoniacaux. Ne pas employer le chlorhydrate d'ammoniaque à cause de son goût nauséeux, mais des préparations d'acétate et de carbonate. Chez les enfants au-dessous de 5 ans, la nourrice suppléera au défaut d'expectoration en débarrassant le pharynx des mucosités qui l'encombrent et gênent l'action des muscles respiratoires avec le doigt introduit dans la bouche. Il faut éviter l'augmentation de la congestion et de l'obstruction pulmonaire en régularisant la circulation sanguine égale dans les veines et les artères. La strychnine et la nitroglycérine sont les remèdes à employer.

A. Chassevant.

Le tubage du larynx. (*Der Aerztl. Praktiker*, juillet 1897.) — Senfft se place au point de vue du médecin de campagne, obligé d'opérer seul ou à peu près et conseille vivement l'adoption du tubage, bien que son emploi offre un inconvénient assez grand : il prédispose en effet aux paralysies des cordes vocales, qu'on observe très fréquemment, mais qui cèdent à un traitement approprié.

Il est préférable de retirer le tube au moment où on alimente l'enfant, et de recourir à la sonde ; on évite, grâce à elle, les accès de toux paroxystique que le passage des aliments à travers le pharynx provoque trop souvent. Dans d'autres cas, les mouvements de déglutition qui s'effectuent dans un pharynx enflammé sont très douloureux, et l'emploi de la sonde évite cet inconvénient.

E. Vogt.

Obstétrique.

Dr L. DÉMELIN
Accoucheur des hôpitaux.

Les hémorragies dans la grossesse et l'accouchement et les méthodes pour les arrêter. — *Le Scottish Med. and Surg. Journal*, juin 1897, publie un intéressant travail clinique sur ce sujet de Freeland Barbour. L'auteur fait remarquer que les hémorragies obstétricales peuvent se produire à trois périodes différentes : au commencement de la grossesse, à la fin de la grossesse et après l'accouchement. Les causes qui les produisent diffèrent dans ces trois périodes. Au début de la grossesse, il n'y a pas de placenta et l'hémorragie résulte de la séparation de la caduque. Dans la grossesse avancée, l'hémorragie provient surtout de l'insertion du placenta : et après l'accouchement, elle peut provenir soit du siège de l'insertion placentaire, soit d'une déchirure. Les mécanismes divers de l'hémostase sont : 1° la formation d'un caillot ; 2° la contraction des artérioles que l'on peut exciter par l'ergotine ou l'eau chaude ; 3° la compression de l'insertion placentaire ; 4° la contraction et la rétraction utérine. L'auteur étudie les indications du tamponnement vaginal, méthode qui peut rendre des services dans certaines conditions déterminées, comme aussi amener des dangers si elle est appliquée mal à propos.

Au début de la grossesse, s'il y a hémorragie persistante, on fera le tamponnement vaginal si l'examen bimanuel de l'utérus montre que l'œuf n'a pas été expulsé. Barbour explique l'action hémostatique du tamponnement vaginal dans ces cas par le fait qu'à cette période l'utérus ne peut pas être distendu par le sang. Aussi, selon lui, suffit-il d'empêcher le sang de sortir de l'utérus, pour arrêter l'hémorragie. Mais, si l'œuf a été expulsé et que l'hémorragie a sa source dans des débris non expulsés, le tamponnement sera inutile. Le seul moyen d'arrêter le sang est de dilater le col et d'expulser les débris restés dans l'utérus.

Dans la grossesse avancée, on emploiera les tampons dans les cas de placenta prævia, parce qu'ils exercent une certaine pression sur l'insertion placentaire et arrêtent ainsi le sang. Mais le tamponnement du col est un procédé beaucoup plus efficace et on y aura recours s'il est possible d'introduire un ballon de Barnes ou d'abaisser un des membres de l'enfant. D'un autre côté, dans les hémorragies accidentelles, Barbour trouve le tamponnement plus qu'inutile parce que le placenta est hors d'atteinte et que le seul effet du tampon est d'empêcher le sang de sortir de l'utérus ; pendant ce temps, la patiente peut très bien succomber à la perte du sang qui se répand dans la cavité utérine. Il recommande d'ouvrir les membranes dans tous les cas d'hémorragie accidentelle.

Après l'accouchement, ce serait une grave erreur de tamponner le vagin si l'hémorragie provient de l'utérus, pour les mêmes raisons qui viennent d'être données. On recourra aux injections chaudes (48°), à la pression bimanuelle de l'utérus et à l'ergotine. Dans des cas rares, néanmoins, de graves hémorragies peuvent provenir de profondes déchirures du col et le meilleur traitement dans ces cas est un tamponnement serré de tout le canal vaginal.

Mais il faut se rendre exactement compte de la cause de l'hémorragie avant de recourir à ce moyen.

R. Blondel.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Propriétés antivenimeuses de la bile de serpent et de celle d'autres animaux. (*Brit. med. Journal*, 17 juillet 1897.) — M. Fraser a déjà communiqué à la Société royale d'Edimbourg que l'introduction dans l'estomac d'un animal de venin de serpent n'avait aucune action nocive, même lorsque la dose introduite était mille fois plus considérable que celle nécessaire pour tuer le même animal par injection sous la peau.

Ce fait peut tenir soit à ce que le venin est détruit, soit à une non résorption du venin par les parois du tube digestif.

Fraser a étudié l'action de la bile sur le venin et a constaté que ce liquide était doué d'un pouvoir antitoxique.

Il a étudié d'abord la bile de serpents venimeux qui annihile à faibles doses le pouvoir toxique du venin. La bile des serpents non venimeux possède aussi ce pouvoir, mais à un degré moindre. La bile de bœuf possède aussi ce pouvoir antitoxique, mais sa puissance est soixante-dix fois moindre que celle de la bile de serpents venimeux.

Fraser a étudié la composition de la bile et constaté que ce sont les produits précipités par l'alcool et solubles dans l'eau qui jouissent des propriétés antivenimeuses. L'auteur espère arriver à isoler de la bile un produit antivenimeux plus actif que les sérums actuellement préparés.

Fraser fait remarquer que la bile de serpent entre dans la composition des remèdes employés avec confiance par les indigènes africains, remèdes qu'ils appliquent sur les morsures.

La propriété antitoxique de la bile se montre lorsqu'on mélange la bile au venin. L'injection de la bile chez les animaux envenimés retarde la mort. Dans une expérience unique un rat blanc qui avait reçu 0,0003 de venin de cobra par kilogramme a été soumis trente minutes après à une injection de 0,012 de produits antivenimeux provenant de 0,075 de bile, il a survécu sans présenter aucun symptôme.

Il ne faut pas conclure à l'emploi direct des injections de bile comme méthode antivenimeuse. La bile agirait localement; mais l'auteur espère en retirer un principe antivenimeux plus actif que celui du sérum antivenimeux.

Cette action antitoxique de la bile suffit à expliquer l'innocuité des venins absorbés par le tube digestif. La bile jouerait peut-être un rôle antitoxique vis-à-vis des autres toxines introduites journellement dans le tube digestif.

A. Chassevant.

Lésions produites par l'extrait thyroïdien. (*Bulletin of the John Hopkins Hospital*, juillet 1897.) — H.-J. Berkley a recherché les diverses lésions produites par l'action de l'extrait thyroïdien sur les cellules nerveuses corticales. Prenant en considération les très graves symptômes de nature toxique observés si fréquemment dans des cas d'administration d'extrait thyroïdien, en particulier ceux qui comprennent les fonctions cérébrales et vaso-motrices, l'auteur a entrepris une série d'observations dans le but de déterminer la nature des lésions.

La première partie de ses recherches a porté sur des malades d'un asile d'aliénés. Chez chacun d'eux, une pilule contenant 5 grammes de glande fraîche de mouton fut administrée chaque jour; on porta la dose ensuite à deux ou trois, selon les résultats. Il y eut perte de poids, tachycardie et affaiblissement de l'action cardiaque dans chaque cas, avec augmentation de la transpiration cutanée, de l'irritabilité, et plus ou moins d'excitation mentale et motrice. Ceci survenait chez tous les sujets, quel que fût le degré de dépression et de folie du malade avant l'administration du médicament. Un patient mourut avant que l'excitation se soit calmée, atteint de tuberculose aiguë évidente et les autres présentèrent un état œdémateux du tégument du front et des joues, analogue à celui qu'on observe dans le myxœdème. Tous présentèrent plus ou moins d'insomnie, avec de l'excitation à la fois mentale et motrice : dans quelques cas, il y eut de l'amélioration mentale considérable, quoique pas dans tous. C'est pourquoi, en présence des résultats produits sur l'état mental de ces malades, on résolut d'administrer de l'extrait thyroïdien à des animaux pour examiner leurs tissus nerveux. Cinq souris et trois cochons d'Inde furent traités avec de l'extrait thyroïdien. Pour les souris, il y eut du gonflement de la face, un peu d'amaigrissement et de la perte de force. Chez les cochons d'Inde, les symptômes furent les mêmes, et dans tous les cas, on continua l'administration jusqu'à la mort de l'animal. On fit l'examen histologique du cerveau, à la fois avec le phosphomolybdate

d'argent et les autres méthodes colorantes, et on ne trouva aucune lésion ni des éléments nerveux ni de la névroglie. Aucune altération notable ne fut découverte dans les éléments cellulaires, et l'examen minutieux des vaisseaux sanguins ne révéla aucune lésion. Il ressortirait de ces recherches que l'action toxique de l'extrait thyroïdien est d'une nature différente de celle qu'on observe dans les autres intoxications, et dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'en fournir une explication satisfaisante.

R. Blondel.

Alimentation par la voie hypodermique à l'aide d'huile d'olive. (*Réf. méd.*, 11 et 15 juillet 1897.) — Fornace et Micheli ont expérimenté dans 5 cas les injections hypodermiques d'huile d'olive par doses de 50 centimètres cubes à la fois. Dans chaque cas, il y eut diminution plus ou moins notable dans la quantité d'azote éliminée, augmentation très sensible du poids et amélioration de l'état général. Pratiquement, ni l'urine ni les selles ne présentèrent de traces de graisse. On n'observa pas d'embolie graisseuse. Dans un cas, après trente injections, on trouva dans les canaux lymphatiques, du côté de l'injection, de petits nodules renfermant une goutte d'huile.

Les auteurs considèrent la valeur nutritive de ces injections comme supérieure à celle des lavements nutritifs rectaux ou surtout vaginaux. L'emploi des injections d'huile d'olive n'a été suivi d'aucun inconvénient et elles ont été très bien supportées par les malades.

R. Blondel.

Le celluloïd comme objet de pansement. (*Société médicale de Berlin*, 30 juin 1897.) — Maas a présenté à la Société médicale de Berlin des appareils en celluloïd, dus à Landerer et Kirsch (de Stuttgard). On se sert du celluloïd dissous dans l'acétone pour faire des appareils, par un procédé analogue à celui qui est utilisé pour les appareils silicatés. Sur les bandes, on applique par frottement la solution sirupeuse de celluloïd, puis, on applique une nouvelle bande, jusqu'à ce qu'on ait obtenu six à huit couches superposées. En quelques heures, le durcissement est obtenu.

Les avantages de ce procédé sont : 1° *la légèreté*, car un corset moyen au celluloïd dissous dans l'acétone ne pèse que 300 grammes (quatre fois moins que le plâtre, deux fois moins que le silicate); 2° *la solidité;* aucune addition de tiges métalliques n'est nécessaire, malgré le peu d'épaisseur de la paroi; 3° *l'élasticité*, car on peut avec la plus grande facilité, en écartant les deux moitiés du corset à l'endroit où elles se rencontrent, enlever le corset; 4° *la facilité d'application :* on peut même faire des appareils articulés présentant une solidité remarquable, et par l'application locale de la chaleur, qui ramollit le celluloïd, donner telle forme que l'on voudra aux parties de l'appareil qui gêneraient le malade.

Les inconvénients du celluloïd sont la lenteur du durcissement, et son imperméabilité, qui nécessite le forage de petits trous quand il s'agit de laisser s'évaporer l'humidité.

E. Vogt.

Lait gras de Gærtner. (*Wratsch*, n° 34, 1897.) — Le lait de Gærtner est préparé de la façon suivante : on ajoute au lait de vache une certaine quantité d'eau et de lactose, après quoi on soumet le mélange à l'action centrifuge, jusqu'à ce qu'il contienne la même quantité de graisse que le lait de femme, c'est-à-dire 3,1 0/0.

Ratschinsky a expérimenté ce lait chez 22 enfants dont l'âge variait de 1 à 8 mois. Tous ces enfants peuvent être divisés en deux catégories : à la première catégorie se rapportent les enfants qui présentaient des troubles digestifs peu prononcés qu'on ne nourrissaient pas exclusivement avec du lait de Gærtner; chez ceux-ci le résultat obtenu fut excellent : l'augmentation de poids était en moyenne de 20,5 à 31 grammes par jour. A la deuxième catégorie se rapportent les enfants atteints de dyspepsie gastro-intestinale chez lesquels il fallait, avant tout, faire disparaître les phénomènes pathologiques. Cependant, dans ces cas encore l'alimentation avec du lait gras a donné de bons résultats : l'augmentation quotidienne de poids était en moyenne de 9 à 18 grammes.

L'auteur, en se basant sur ces observations, formule les conclusions suivantes :

1° Le lait de Gærtner, qui se rapproche, par sa composition, du lait de femme, est utile aussi bien pour l'allaitement artificiel qu'à titre d'aliment adjuvant;

2° Il peut être également employé dans les cas de troubles digestifs; mais, dans ces cas, le résultat définitif dépend de la gravité de la maladie.

B. Taft.

FORMULAIRE

Eczéma séborréique.

Résorcine.....	10 grammes.
Acide salicylique.....	2 —
Coumarine.....	25 centigr.
Alcool à 40°.....	120 grammes.

Lotions le soir en se couchant.

Iodure de potassium en pilules.

Iodure de potassium....	10 grammes.
Sucre de lait.....	5 —
Lanoline.....	3 —

Pour cinquante pilules.

(LANG.)

PETITE CHRONIQUE

Il est bien tôt et bien tard tout à la fois pour parler de l'affaire Laporte : tard, parce que toute la presse politique ou médicale a depuis longtemps fait connaître par le menu les incidents de cette affaire dont aucun médecin de France n'ignore plus le moindre détail; trop tôt, parce que dans une semaine ou deux, seulement, seront terminés les débats qui apprendront aux chirurgiens français sous quel régime nouveau la protection des justes lois entend les faire vivre à l'avenir...

Tout ce qu'on peut dire en ce moment, et je crois qu'il faut qu'on le dise, c'est que la minute est décisive : c'est tout le procès de la chirurgie d'aujourd'hui et de demain que l'on va juger. Bien qu'on aie dit hautement et à maintes reprises que l'affaire Boisleux n'avait, avec le nouveau scandale, aucun rapport, je crois qu'au contraire c'est tout un. La première fois, on a arrêté un homme à conscience douteuse, la seconde fois un honnête homme maladroit, comme il peut y en avoir beaucoup : la prochaine fois ce sera un chirurgien des hôpitaux. Il est temps, pour ceux qui ne voient pas la marche très nette de ce... processus, de sortir de leur aveuglement. L'heure n'est plus où le soleil n'éclairait que nos succès et où la terre recouvrait nos revers : la terre leur est devenue très légère.

Le public n'aime pas le médecin : c'est le bourgeois, l'homme en redingote (et quelle redingote, souvent!) qu'il coudoie le plus dans la vie, qu'il doit payer, — juste l'inverse de l'idée qu'on se fait du bourgeois, — et à qui même il faut encore garder de la reconnaissance! C'est trop pour sa belle âme.

Les juges ne sont pas plus tendres et ils y sont plus coupables, ayant le droit d'être plus intelligents. Il y a de tout dans cette antipathie non douteuse : vieilles rancunes datant de la commensalité du Quartier, jalousie inavouée de l'indépendance relative de notre profession, des gains parfois élevés de quelques-uns — très rares — d'entre nous, d'une situation en somme que certains peuvent encore nous envier lorsqu'on lui compare celle du juge moderne, simple fonctionnaire aux appointements dérisoires à carrière étroitement tracée, et faite aujourd'hui d'influences locales, de bienveillances du député ou du préfet, de camaraderie, comme partout.

Quoi qu'il en soit, voilà nos maîtres, et ils nous le feront bien voir tôt ou tard. D'un côté, tout ce qui peut amoindrir le sort du médecin, mutualité, assistance gratuite, hospitalisation pour tous, est accueilli et encouragé avec enthousiasme. De l'autre, réduction infaillible des honoraires, même en face de la mauvaise foi évidente, l'expertise légale *obligatoire* et tarifée bien au-dessous de la journée du casseur de pierres; à la moindre plainte, le traitement de faveur des repris de justice, l'emprisonnement *pour pouvoir s'expliquer*.

Faut-il rappeler l'aventure de ce malheureux docteur Orgeas, dans le Midi, qui, exaspéré par la sourde oreille que faisait le Parquet à une plainte adressée et réitérée par lui, écrivit à la fin au Procureur de la République une lettre où il le menaçait d'aller jusqu'au ministre, si on persistait à ne pas écouter sa requête, déposée peut-être (qui sait?) contre un électeur influent. La réponse vint cette fois : un emprisonnement immédiat pour outrage au procureur de la République, emprisonnement décrété par celui-ci même, offensé et justicier tout à la fois, juge et partie en un mot. Cet emprisonnement *dura quatre*

mois : les vacances arrivaient, la chasse, etc., on l'oublia. Quand enfin on commença à s'inquiéter de lui, le procureur, ne pouvant décemment continuer à embastiller un homme pour une lettre qui lui avait déplu et pressentant le danger d'un débat public, le fit soumettre comme ALIÉNÉ à l'examen d'une commission médicale à Lyon. La vérité fut reconnue de suite par les experts et Orgeas renvoyé au procureur... et ramené en prison! Ceci se passait il y a un mois : j'ignore encore la fin de l'histoire, mais elle sera édifiante peut-être.

Et les aventures de médecine légale! On n'en verrait jamais la fin en voulant écouter seulement celles d'une année. Un jour, c'est un médecin requis d'aller à 20 kilomètres reconnaître la mort d'un corps trouvé en pleine putréfaction dans un fossé, le juge s'appuyant sur l'article qui oblige tout citoyen à prêter main-forte à la justice en cas de *flagrant délit, incendie, rumeur publique, etc.* Elle est jolie celle-là.

Et ce malheureux médecin de Saint-Nazaire, qui ne sut pas faire le diagnostic de la grossesse chez une inculpée, condamné avec la dernière sévérité, « parce qu'il avait commis la faute lourde, dit le jugement, de ne pas faire l'examen des globules du sang d'où résultent les preuves les plus certaines de la grossesse. » Le tribunal s'était souvenu de l'affaire de Rouen et avait simplement confondu utérus et four à chaux!

Faut-il rappeler les faits tout récents de l'affaire Boisleux, où il s'agissait uniquement d'un avortement où de suite l'instruction dévia sur un autre procès fait à la statistique malheureuse et aux procédés opératoires de l'accusé, le tout si bien embrouillé que la pénalité de l'avortement fut appliquée en réalité à un ensemble d'homicides par imprudence.

Six mois après, à Pau, on condamnait un jeune chirurgien, inexcusable d'ailleurs autant qu'on peut l'être, pour faute opératoire et nous voyons pour la première fois apparaître dans les considérants du jugement la pince oubliée dans le ventre. Il y a commencement à tout.

Aujourd'hui, nous en sommes à l'affaire Laporte. Nouvelle étape : cette fois-ci, c'est l'emprisonnement préventif, qui, heureusement pour nous, a fini par révolter tout le monde. Notez que le juge a été très surpris, paraît-il, de l'émotion qu'il causait à tout le corps médical : il semblait être dans une inconscience complète de l'effet moral produit par une arrestation préventive dans la carrière d'un homme qui ne peut vivre que de la confiance du public. « Mais il est très bien à Mazas, votre ami, disait-il au Dr D... qui nous a raconté cette inoubliable entrevue : il a du feu, il mange à sa faim. D'ailleurs il est tellement anéanti qu'il *se suiciderait demain si je le relâchais. C'est une responsabilité que je n'ose prendre!* » Le mot est authentique et mérite de passer à la postérité, n'est-ce pas?

Il n'y a pas encore de conclusion à l'affaire Laporte, mais il y a déjà une morale, et elle s'impose : c'est qu'il faut en finir avec nos dissensions professionnelles et serrer les rangs; il est grandement temps de faire le bataillon carré dans la plaine.

Il faut que chacun y mette du sien. Il faut que les jeunes et les gens pressés en général, cessent d'aboyer aux jambes de nos chefs de file. A voir déconsidérer les plus estimés d'entre nous, et par les leurs, qui voulez-vous que le public estime? Il semble pour certains qu'avoir un titre officiel, une place au concours surtout — ô ce concours! — soit de suite un brevet d'outrecuidance et de nullité, et que seulement du côté des tirailleurs existent l'honnêteté, le talent et la modestie touchante!

De l'autre côté, il faut que notre haut personnel n'affirme pas trop les distances, par amour-propre mal placé, les jeunes surtout, tout fiers encore de leurs galons neufs, et croyant peut-être que parce que les plus vastes espoirs leur sont *permis*, déjà ils leur sont *dus*. Les vieux maîtres qui connaissent mieux la vie, n'ont pas de ces imprudences. Le jour de l'arrestation de Boisleux et de la Jarrige, les malades d'une salle de l'hôpital B... entendaient avec surprise de jeunes chirurgiens des hôpitaux, agrégés de la Faculté, s'écrier joyeusement : « Enfin on en a arrêté un! » Je ne sache pas qu'un seul officier français, le jour de l'arrestation du traître Dreyfus, eût montré une pareille joie *en public*. La satisfaction de voir stigmatiser une brebis galeuse ne doit jamais l'emporter sur le serrement de cœur de tout honnête homme apprenant qu'un des siens a failli et qu'un œil soupçonneux enveloppe la corporation tout entière.

Il faut que le personnel hospitalier ne montre plus cette morgue, ce mépris habituel pour le diagnostic et le traitement du médecin de la ville, quel qu'il soit, mépris que l'on sait faire disparaître dans la clientèle aisée — depuis qu'on a vu ce qu'il en coûtait, — mais qui se donne libre cours à l'hôpital, commençant au sourire discret chez le maître, pour finir en esclaffement chez le stagiaire, comme de juste.

Il est probable que si le personnel du service où la femme opérée par Laporte est morte au bout de deux jours, n'avait pas formulé des critiques, des appréciations sévères, refusé enfin le permis d'inhumer, tout ce scandale eût pu être évtié, et il y avait profit pour tout le monde.

Je dis pour tout le monde, parce que, s'il venait à être démontré — ce qui ne le sera pas, je l'espère — que le manque de charité confraternelle est allé dans cette circonstance jusqu'à la dénonciation, l'ère des représailles serait malheureusement ouverte et Dieu sait où elle nous conduira! Demain ce sera un médecin de l'état civil qui refusera son permis d'inhumer pour la victime d'un de nos chirurgiens célèbres, et le tour sera joué; une simple demande d'autopsie, en pareil cas, dans l'état d'esprit du public, du parquet et de la presse, et voilà notre homme à la mer : ce sera alors le krach de la grande chirurgie... Il ne faut pas une seconde affaire Laporte.

Allons! la leçon profitera peut-être, si chacun veut bien, comme on dit au régiment, en prendre pour son grade. Qui sait si toute cette aventure n'aura pas eu son bon côté et si après tout ce tapage le public n'accueillera pas moins facilement désormais ces accusations trop vite formulées, si le Parquet assez malmené cette fois par la presse, ne se montrera pas moins chaud à l'avenir pour les menottes d'emblée et la prison préalable, et si tous enfin, parmi nous, petits et grands ne reconnaîtront pas enfin l'urgence de se sentir les coudes et de former devant l'ennemi — car enfin il y a un ennemi, vous n'en doutez plus maintenant, — un bloc inattaquable, fait de bonne confraternité et de solidarité indestructible... — Qui sait?...

Allons, j'ai peut-être été injuste tout à l'heure. Décidément, merci, monsieur Bertulus.

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

L'affaire Laporte. — L'affaire Laporte viendra à l'audience de la 9e chambre correctionnelle, présidée par M. Richard, le 19 octobre.

M. le substitut Bronchat rédigera le réquisitoire et conclura à la responsabilité pénale du Dr Laporte. Notre malheureux confrère, remis enfin en liberté provisoire, sera défendu par Me Henri Robert.

La Société médicale du 17e arrondissement, à laquelle appartient le Dr Laporte, réunie en assemblée générale extraordinaire, à la mairie des Batignolles, a voté à l'unanimité la résolution suivante :

« Considérant,

« 1° Qu'en dehors des faits de droit commun, il est impossible d'admettre la responsabilité pénale des médecins;

« 2° Que les faits purement professionnels, si regrettables soient-ils, échappent à la compétence des tribunaux et que : la possibilité de poursuivre ces faits rendrait impraticable l'exercice de la médecine que l'on ne doit relever que de sa science et de sa conscience;

« 3° Que ces principes, conformes au maintien de la dignité professionnelle, sont admis par le corps médical tout entier, dans l'intérêt bien entendu des malades;

« La Société médicale du 17e arrondissement proteste contre l'arrestation préventive injustifiée du Dr Laporte,

« Réclame des pouvoirs publics la justice qui lui est due. »

On trouvera plus haut l'ordre du jour de protestation voté par la *Société de thérapeutique* sur la proposition du Dr Blondel.

Quelques heures avant qu'il ne signât l'ordre de mise en liberté du Dr Laporte, M. Bertulus recevait la dépêche suivante :

« Monsieur Bertulus,

« Appelé ce matin près d'une parturiente refusant l'hôpital, comme médecin du bureau de bienfaisance, j'ai fait vainement une application de forceps. Il est nécessaire de faire une crâniotomie. Je ne crois pas devoir la faire sans la présence d'un agent autorisé.

« Veuillez agréer, monsieur Bertulus, l'assurance de mes meilleurs sentiments. »

La misère et les médecins en Angleterre. — On se plaint beaucoup en France de la situation précaire dans laquelle se trouvent beaucoup de

médecins. On calcule les sommes dérisoires que leur allouent les sociétés de secours mutuels et que la nécessité les force à accepter.

Mais voici qui dépasse toute imagination. Il existerait, paraît-il, dans le sud de Londres, des femmes docteurs qui feraient des accouchements pour un peu moins de 5 shillings. Vous entendez : moins de 6 fr. 25! Je crois qu'après cela on peut tirer l'échelle.

Il est vrai que leurs confrères masculins son furieux et les rappellent vertement à la correc tion professionnelle. Ils engagent leurs collègue spécialistes à exercer sur ces malheureuses docte resses un contrôle sérieux, de façon à les emp cher de disqualifier ainsi leur situation et le titre de docteur. (*Méd. mod.*)

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin, par le Dr Segall. (*Thèse de Paris*, juillet 1897.) — L'auteur, attaché au laboratoire de M. le Pr Cornil, ayant pu réunir les pièces de quatre cas de môle hydatiforme et d'un cas de déciduome malin, en a fait une étude histologique approfondie, dont il expose les résultats et les conclusions qui sont les suivantes :

La *môle hydatiforme* n'est pas un myxome des villosités choriales, mais un état pathologique de ces villosités, consistant en un gonflement hydropique du stroma et en une prolifération des éléments de revêtement des villosités : couche cellulaire de Langhans et syncytium. Le stroma est tantôt œdémateux, tantôt frappé de mortification, surtout dans les grandes vésicules, ce qui contribue à leur transformation cavitaire. La couche de Langhans prolifère et donne naissance à des îlots cellulaires. Le syncytium prolifère sous forme de bourgeons qui peuvent se pédiculiser et se détacher de leur endroit d'origine (masses syncytiales libres) ; le syncytium peut également subir des processus régressifs. L'absence des vaisseaux dans le stroma peut expliquer son état œdémateux ; la cause des lésions du revêtement des villosités ne peut être trouvée.

Le *déciduome malin* est une néoplasie dans laquelle on trouve les deux éléments de revête ment des villosités choriales (syncytium et cou che de Langhans). Son origine est mixte, ma ternelle et fœtale. Les éléments néoplasique envahissent le muscle utérin après avoir détrui la sérotine. Les fibres musculaires sont disso ciées et de proche en proche la néoplasie ar rive en contact avec les parois musculaires qu subissent le même sort. C'est par ce mode d'en vahissement que s'explique la présence de nodules néoplasiques dans l'intérieur des veines ainsi que les métastases (poumon, rein, ovaires vagin, vessie). Cette néoplasie ne peut êtr rangée parmi les épithélioma ordinaires, en raison des éléments qui la composent. Le nom d déciduome malin est impropre, parce que ce n sont pas les cellules déciduales qui composen la tumeur. La dénomination qui lui convient l mieux est celle d'épithélioma ecto-dermo-syncytial (Eiermann).

Dans la môle hydatiforme et dans le déci duome malin, le muscle utérin est aminci, c qui commande la plus grande prudence dans le interventions chirurgicales, telles que le curettage.

Le diagnostic microscopique étant fait, l'hystérectomie totale est indiquée et sans aucu retard.

Kopff.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Les lépreux à Paris. — M. le Dr Hallopeau, dans une conférence pour l'étude de la lèpre qui a eu lieu à Berlin du 11 au 16 octobre 1897, donne des renseignements pleins d'intérêts sur l'avenir en somme assez menaçant de la lèpre à Paris. On n'observe pas jusqu'ici, à Paris, dit-il, de lèpre autochtone : néanmoins le nombre des lépreux immigrants y augmente dans des proportions qui doivent éveiller l'attention. Dans le courant de l'année, le chiffre de leurs admissions à l'hôpital Saint-Louis a plus que quintuplé par rapport aux années précédentes; presque tous ces lépreux viennent de nos colonies; quelques-uns ont été contaminés aux environs de Nice ou en Bretagne; on signale aussi un cas en Normandie. C'est à tort que Zambaco-Pacha veut adjoindre à nos lépreux les sujets atteints de sclérodermie et surtout de morphée; cette maladie diffère essentiellement de la lèpre par l'induration ligneuse et la conservation de la sensibilité au niveau des plaques achromiques; on n'observe pas la forme *esthésique* et *achromique* admise récemment par Zambaco.

L'invasion de Paris par un nombre rapidement croissant de lépreux et l'absence complète de mesures de défense doivent faire craindre qu'il ne s'y développe tôt ou tard des foyers autochtones; peut-être en existe-t-il déjà, car, en raison de la longue latence de la maladie, on ne peut souvent en reconnaître l'existence que plusieurs années après son éclosion. L'histoire démontre que l'on ne peut attribuer, ni à notre race, ni à notre climat, une immunité à l'égard de la lèpre. Aucun de nos malades n'étant isolé, le défaut de transmission dans nos salles d'hôpital prouve que la lèpre ne peut se transmettre par le milieu ambiant, alors même qu'il est infecté, comme dans nos salles de Saint-Louis, par les bacilles émanés, soit des altérations ulcéreuses du tégument externe, soit des cavités nasales (Jeanselme).

La transmission de la maladie dans les léproseries des pays chauds, aux infirmiers et religieuses chargés du soin des malades, peut s'expliquer, soit par une installation défectueuse des buanderies, soit par la piqûre d'insectes jouant le rôle de vecteurs. La lèpre se présente à Paris avec les mêmes caractères que dans les pays à lèpre; elle s'y termine le plus souvent d'une manière fatale; on observe cependant parfois, surtout en ville (Besnier), soit des améliorations qui équivalent à la guérison, soit des cas frustes.

La constatation de ces derniers a fait naître l'idée que la lèpre aurait tendance à s'atténuer sous l'influence du climat parisien; elle n'est pas d'accord avec ce que nous observons à Saint-Louis et nous n'avons pas de données statistiques suffisantes pour établir que, chez les malades de la ville, ces cas frustes s'observent plus souvent à Paris que dans les pays à lèpre; elle nous paraît, *a priori*, peu vraisemblable, car la France a été, pendant des siècles, un pays à lèpre; elle n'est pas sans danger, car elle contribue efficacement à l'invasion de notre ville par les malades exotiques, au péril de notre santé publique.

La marche naturelle de la lèpre par poussées revenant à des intervalles très irréguliers et suivies de périodes de régression rend très difficile l'appréciation des moyens thérapeutiques qu'on lui oppose; le médicament efficace serait celui qui accentuerait le mouvement normal de régression et empêcherait la production de nouvelles poussées; il n'est pas démontré que, ni l'huile de chaulmoogra, ni le baume de gurjum, ni le hoangnan, ni le sérum de Carrasquilla, auxquels nous avons eu recours à Paris, satisfassent à ce desideratum, car ils sont impuissants dans la plupart des cas; on n'est pas cependant en droit de leur refuser toute action, car chacun d'eux possède à son actif

des cas favorables et l'on ne connaît pas assez bien la marche naturelle de la maladie pour savoir si, abandonnée à elle-même, elle présenterait les mêmes rémissions. La prophylaxie est encore, de beaucoup, le meilleur moyen de défense contre cette maladie.

Il est à craindre que Paris ne redevienne de nouveau un pays à lèpre. En cas de danger imminent, il y aurait lieu d'interdire l'entrée en France de tout lépreux par navire, car l'invasion se produit jusqu'ici exclusivement par nos ports. Dès à présent, nous demandons, pour les malades de la ville, la déclaration obligatoire, et, comme conséquence, la désinfection des lieux habitués par les lépreux, ainsi que de leur linge.

L'isolement, impraticable pour les malades de la ville, peut et doit être fait dans les hôpitaux, d'une manière relative pour les malades payants, absolue pour ceux des salles communes; pour les premiers, il faut des salles spéciales avec interdiction du séjour en commun avec les autres malades et l'obligation de faire passer le linge à l'étuve ; pour les seconds la création de services spéciaux. Dans ces services, il y aurait lieu de pratiquer, à l'égard des autres lépreux, un isolement relatif des sujets atteints de graves lésions ulcéreuses, dans la crainte que leur agglomération ne devînt, par elle-même, un foyer d'infection; il y a là encore une explication de la contamination des serviteurs dans les hôpitaux spéciaux des pays à lèpre, alors qu'ils sont restés jusqu'ici indemnes à l'hôpital Saint-Louis où, avant ces derniers mois, il n'y avait jamais eu que des cas isolés. La gravité de la maladie, sa puissance de propagation, les cas incontestables de contagion, le défaut d'immunité de la race française et les tristes enseignements de l'histoire sont autant de raisons qui autorisent un cri d'alarme et justifient la mise en œuvre, comme *minimum*, des mesures purement préventives qui viennent d'être énumérées.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale
la Faculté de médecine de Paris,
Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE
envisagée dans ses rapports avec les affections gynécologiques. Son traitement (*).

Par le Dr R. Blondel.

Ex-préparateur à la Faculté de médecine de Paris,
Lauréat de la Faculté.

La question de la colite muco-membraneuse, de sa nature, de ses causes, de son traitement, revient fréquemment aujourd'hui dans le cours des discussions scientifiques. Les débats soulevés récemment à l'Académie à propos de la pathogénie de l'appendicite lui ont donné un regain d'actualité et la récente communication de M. Mathieu à la Société de Thérapeutique nous a fait connaître d'une façon très complète l'état actuel de la question, en même temps que les bons résultats d'une thérapeutique dont l'auteur avait établi les bases dans ses intéressants travaux antérieurs (1).

Je voudrais bien ne parler que de ce que je connais le mieux et me limiter aux rapports de la colite membraneuse avec les affections gynécologiques, rapports qui valent la peine d'être étudiés, puisque Litten déclare avoir trouvé la colite chez 80 0/0 des femmes malades qu'il a observées, et ce que j'ai vu pour ma part me convainc chaque jour davantage de la probabilité de cette proportion; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer auparavant combien reste vague encore, malgré toutes les opinions émises, la conception de l'entité morbide que l'on a appelée tour à tour entérite glaireuse, entérite membraneuse, colique muqueuse, colite pseudo-membraneuse, etc.

A une époque où des esprits aussi éclairés que M. Landouzy mettent en doute la légitimité de types pathologiques aussi définis que la fièvre typhoïde par exemple, on peut sérieusement se demander si la colite membraneuse est véritablement, elle aussi, une maladie à existence autonome.

Tout en elle est essentiellement variable.

Anatomiquement, dans les rares autopsies publiées, on a trouvé l'intestin absolument sain, comme Edwards; on l'a trouvé légèrement enflammé, comme Rothmann (2), profondément altéré, comme Wannebroucq (3), qui y a décrit une entérite interstitielle.

(*) Communication lue à la Société de Thérapeutique e 27 octobre 1897.

(1) Albert Mathieu. *Gazette des hôpitaux*, oct. 1894; *Soc. méd. des hôpitaux*, 22 mai 1896.

(2) Rothmann. *Zeitsch. f. klin. med.*, XXIII, 326, 1894.

(3) Wannebroucq. *Assoc. fr. p. l'av. des Sc.* Session de Lille. 1874.

Cliniquement la variété n'est pas moindre. Charrin (1) a décrit des cas extrêmement graves, avec cachexie profonde. Hale White et Golding-Bird (2) ont publié un cas où la colotomie iliaque put seule procurer un soulagement aux souffrances terribles de la malade. Cependant beaucoup d'observateurs l'ont vue ne provoquer d'autres troubles généraux que ceux qui relèvent de la constipation banale. Richardière (3) a décrit des formes légères et fugaces. Moi-même, depuis que j'ai porté mon attention sur ce point et que je me suis mis à interroger systématiquement toutes mes malades sur la présence des glaires ou des fausses membranes dans leurs selles, j'ai découvert nombre de cas où l'existence de glaires, probablement anciennes, avait passé complètement inaperçue du sujet.

On a signalé des formes avec constipation opiniâtre, coupée par des crises douloureuses suivies de diarrhée : c'est la forme de beaucoup la plus commune. Mais il y a à côté de cela des malades chez qui ces crises diarrhéiques, répétées plusieurs fois par semaine, s'observent en dehors de toute constipation.

Certaines malades ne rendent que quelques glaires à chaque selle, souvent sans coliques; d'autres éliminent par de véritables débâcles paroxystiques des lambeaux membraneux énormes, des lamelles blanchâtres en abondance, au milieu d'épreintes intolérables dont la douleur ne se calme pas avant plusieurs heures. On ne peut même pas dire que ces formes graves représentent une phase plus avancée des formes légères. Celles-ci, dans un nombre considérable de cas, restent stationnaires, sans aggravation, pendant une partie de l'existence de la malade, qui finit par en prendre son parti; par contre, les formes graves, douloureuses, paroxystiques s'installent souvent d'emblée, en particulier, comme nous le montrerons bientôt, quand le début de l'affection se rattache nettement à un traumatisme ou à une infection des viscères abdominaux.

Il existe enfin des sujets chez qui le syndrome est manifestement lié à des causes tout accidentelles, telles que la présence de parasites intestinaux ou de corps étrangers. Henschen (4) l'a observé chez un paysan suédois porteur de larves d'insectes, et j'en ai vu moi-même un cas très intéressant chez un sujet porteur d'un ténia, ce qui compliquait singulièrement les difficultés du diagnostic si le microscope ne s'en fut mêlé. Les observations fort curieuses de M. Mathieu, prises sur des malades atteintes de sable intestinal, rentrent sans doute aussi dans ces cas de colite muqueuse manifestement secondaire et que l'on pourrait appeler « à point de départ *endogène* ».

Je crois que l'on peut aller plus loin et affirmer franchement que la colite muco-membraneuse est toujours *secondaire*, *symptomatique*, que toujours on peut lui trouver une cause extrinsèque et que cette cause est essentiellement variable. Aussi a-t-on peut-être le droit de s'étonner un peu en voyant tous les auteurs qui se sont occupés de la question, après avoir montré clairement que c'est tantôt la ptose viscérale, tantôt le relâchement abdominal, tantôt une affection gynécologique, tantôt une action mécanique directe, tantôt l'infection, qui provoquent l'hypersécrétion intestinale et le spasme, — continuer à accepter ce syndrôme à origine variable, à caractères variables, à siège variable, accompagné de lésions variables, — comme une maladie définie.

(1) Charrin. *Assoc. franç. p. l'av. des Sc.*, session de Caen, 11 août 1894.
(2) Hale White et Golding-Bird. *London Clinical Society*, déc. 1896.
(3) Richardière. *Un. médicale*, janvier 1894, n° 1.
(4) Henschen. *Wiener Klinische Rundschau*. N° 33, 1896.

*
* *

Il n'est pas surprenant, du moins, que dans ces conditions les théories aient singulièrement varié toutes les fois qu'il s'est agi de trouver à ces phénomènes une explication, surtout une explication unique.

On a incriminé la *constipation*, qui est de règle dans l'immense majorité des cas, le bol fécal agissant comme corps étranger et comme corps spécialement irritant, par sa consistance d'abord — d'autant plus dure qu'il séjourne davantage, en se déshydratant toujours de plus en plus — puis par sa composition même, car la scybale des constipés est le plus souvent l'aboutissant d'un mauvais chimisme stomacal. Mais, comme le fait justement remarquer M. Albert Robin, toutes les constipées, et elles sont légion, ne sont pas atteintes de colite muqueuse, pour fréquente que soit cependant celle-ci. La colite n'est pas une complication spéciale de la constipation, apparaissant même chez des sujets prédisposés : elles peuvent aller l'une sans l'autre, et certaines colites authentiques, les plus graves même, se traduisent par de la diarrhée habituelle chez les sujets qui en sont porteurs. Tout au contraire est-il permis de dire que la constipation est un des signes ordinaires du trouble fonctionnel dont l'intestin est le siège dans la colite muco-membraneuse.

On a voulu en faire une *inflammation*, une entérite, ce qui n'est pas exact. Le caractère des sécrétions inflammatoires est d'être constamment riches en fibrine. Germain Sée (1) a bien fait ressortir l'importance de ce caractère dans la question qui nous occupe. Or jamais on n'a pu trouver de fibrine dans les fausses membranes de la colite muco-membraneuse. Toutes les recherches entreprises sur leur composition, y compris le beau travail tout récent de Schmidt (2), les ont montrées composées de mucus, imprégnées de matières grasses et de savons provenant de l'intestin grêle, et parsemées de cellules épithéliales rondes, à type embryonnaire, — type inflammatoire, c'est vrai, mais dont la présence s'explique aisément par la suractivité sécrétoire de la muqueuse irritée et la rapidité anormale de sa desquamation.

D'ailleurs, aujourd'hui, qui dit inflammation dit *infection* : il faudrait donc aussi établir l'origine infectieuse de la colite ; — infection peu vraisemblable, disons le de suite, quand on considère l'absence habituelle de lésions anatomiques dans l'intestin, et si l'on s'en rapporte aux nombreux essais de cultures microbiennes qui ont été entrepris avec les fausses membranes de la colite : ces essais n'ont jamais révélé la présence que du coli-bacille et des saprophytes ordinaires du tube digestif.

Letcheff (3) cependant a essayé de soutenir cette étiologie infectieuse, au moins chez certaines malades atteintes d'affections pelviennes inflammatoires. Il s'agirait alors, selon lui, d'une *infection par propagation*.

Dans une thèse très consciencieuse, il a montré les riches connexions lymphatiques existant entre l'intestin et les organes génitaux à l'état normal, plus riches encore à l'état pathologique, puisque les fausses membranes, les adhérences qui s'établissent si facilement entre les organes pelviens de la femme au moindre retentissement péritonéal d'une infection génitale, ne sont presque composées que d'un réseau de lym-

(1) Germain Sée. *Tr. des dysp. gastro-intest.* Paris, 1881. — *Rev. d'obst. et de gyn.*, 1894.
(2) A. Schmidt. *Zeitschr. f. klin. med.*, vol. 32, f. 3-4, 1897.
(3) Ivan Letcheff. *Th. de la Fac. de Paris*, 21 février 1895.

phatiques de néoformation. Là serait, selon Letchef, le chemin suivi par les *agents infectants*. Je crois que ce n'est là qu'une ingénieuse hypothèse. Les adhérences et leur réseau lymphatique existent : la circulation des toxines et des éléments infectieux existe également par leur intermédiaire, mais jamais jusqu'à présent on n'a constaté leur migration que de l'intestin vers les autres viscères et non en sens inverse. Constamment, avons-nous dit, c'est le coli-bacille qui a été trouvé dans les fausses membranes, en cultures souvent très florissantes; c'est le même saprophyte intestinal que l'on a observé dans nombre de collections pelviennes infectées, où il s'établit secondairement, grâce à ces adhérences intestinales, comme on peut le voir de même gagner la vessie à son tour. Mais jamais la réciproque n'a été observée : jamais on n'a vu les organismes des infections génitales, staphylocoques, streptocoques, gonocoques, gagner l'intestin par cette voie. Jusqu'ici la présence de ces microbes est encore inconnue dans la colite membraneuse.

Je dirai même plus : je n'ai jamais vu, même dans le cas d'irruption d'une collection pulente dans l'intestin, circonstance qui présente la rigueur d'une inoculation expérimentale, — je n'ai jamais vu, dis-je, la marche de la colite être influencée fâcheusement de ce fait, ce qui tendrait à prouver que l'intestin, même fonctionnant mal, n'est pas un milieu de culture très favorable pour les agents ordinaires des infections génitales.

***

Ce n'est donc pas la constipation, ce n'est pas l'infection qui produisent la colite membraneuse, telle qu'on l'observe couramment chez les femmes. Selon moi, hors les cas exceptionnels à point de départ *endogène* (corps étrangers) que j'ai indiqués plus haut, *la cause du trouble fonctionnel de l'intestin siège en dehors de lui.*

En somme, s'il me fallait préciser à quoi se ramène la nature essentielle de la colite muco-membraneuse, telle qu'on l'observe en gynécologie, je dirais que c'est avant tout un *ensemble connexe de troubles sécrétoires et de troubles moteurs.*

Les premiers sont caractérisés par l'hypersécrétion : les seconds présentent toutes les variétés de cette perversion de l'énergie musculaire d'une région localisée du tube digestif que l'on appelle *hyposthénie* ou *hypersthénie*, selon le sens dans lequel elle se manifeste. Pour employer une terminologie empruntée au vocabulaire moderne de la pathologie stomacale, je dirais qu'il y a *entérosucchorée*, avec *hypersthénie intestinale* ou *hyposthénie*, selon les cas.

De fait, une conception qui rapprocherait les troubles de la colite de ce qui se passe du côté de l'estomac, ne fût-ce que comme comparaison, n'aurait rien que l'on doive repousser *a priori* : je dis comme comparaison, et non comme interprétation, car, dans l'état actuel de nos idées sur la physiologie pathologique de l'estomac, je n'ai pas la prétention d'expliquer l'inconnu à l'aide d'un autre inconnu.

Mais que l'on veuille bien remarquer l'analogie réelle existant entre le rôle dévolu à l'estomac et celui du gros intestin, en particulier de l'S iliaque et du rectum, où je dirai tout à l'heure que se localisent le plus souvent les troubles de la colite. Est-ce que ces deux régions ne jouent pas en effet pour un temps variable le rôle d'un *réservoir*, réservoir à fonctions bien analogues dans les deux cas par certains côtés, puisque là comme ici il est chargé de se débarrasser lui-même de son contenu par la propre énergie contractile de ses parois. Dans l'épaisseur de ces parois, d'autre part, s'élabore une sécrétion plus

ou moins abondante. Dans les deux cas, par conséquent, c'est cette même paroi qui tout à la fois est motrice et sécrétoire et il faudra d'autant plus s'attendre à voir les troubles d'une de ces deux fonctions retentir sur l'autre que les mêmes plexus sympathiques, jusqu'à plus ample informé du moins, paraissent présider à leur mise en jeu. Si des troubles trophiques se produisent, partis de ces plexus, provoqués par des actions locales primitives ou des actions réflexes venues d'ailleurs, dans l'estomac comme dans le gros intestin, on verra la trophonévrose se traduire par les troubles sécrétoires associés à peu près inévitablement aux troubles moteurs.

Dans l'S iliaque comme dans l'estomac, l'évolution du processus sera le plus souvent la même : stase et hypersécrétion chez les unes, hypersécrétion et spasme chez les autres.

La stase ici s'appelle constipation. Quant à l'hypersécrétion, les circonstances lui font revêtir un aspect particulier, la coagulation dans un milieu trop acide, selon les uns, la déshydratation du mucus pendant un trop long séjour dans un milieu absorbant, selon les autres, permettant à ce mucus de se présenter sous l'aspect solide et membraneux qu'on lui connaît. Il est certain que dans les formes où dominent la constipation et la stase, la présence de ces longues membranes est la règle : par contre, c'est la diarrhée que l'on note le plus souvent dans les formes spasmodiques habituelles de la colite ; enfin, et ceci me paraît absolument démonstratif, dans le cas fréquent où l'on observe chez le même sujet des intervalles plus ou moins longs de constipation coupés par des crises paroxystiques douloureuses, on voit expulser au cours de la débâcle, toujours dans le même ordre, les membranes avec le bol fécal en souffrance, puis les glaires, puis la diarrhée.

Cette comparaison avec les phénomènes de la stase gastrique paraîtra plus acceptable si l'on veut bien se rendre compte du siège habituel auquel se cantonnent en général, dans le tube digestif, les troubles physiologiques qui caractérisent la colite muco-membraneuse.

C'est là un point sur lequel il me semble que l'on n'a pas toujours suffisamment insisté dans les observations publiées. Ce serait une erreur de croire que lorsqu'une femme est atteinte de colite muco-membraneuse, toute l'étendue du gros intestin participe au processus. Autant que j'ai pu l'observer, quand il y a lieu d'incriminer une affection gynécologique comme point de départ de l'affection, c'est dans la dernière portion du gros intestin que se localise le plus souvent la formation des ces fausses membranes ; c'est dans le rectum et dans l'S iliaque, et, à ce point de vue le nom de *sigmoïdite* que donnent les Américains à cette affection me semble assez bien choisi. Quand j'ai observé la localisation de la douleur au côlon transverse, l'affection gynécologique n'était plus seule en cause et la ptose de l'estomac, celle du rein venaient y ajouter leurs effets. La localisation au cœcum m'a paru tout particulièrement rare : j'en suis fâché pour certaines théories sur l'origine de l'appendicite, mais je ne puis parler ici que de ce que j'ai vu. En somme, dans les cas d'origine purement gynécologique, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire ceux où je n'ai pu observer aucune autre cause de production indirecte de la colite, c'est à l'S iliaque et au rectum que j'ai pu, à peu près constamment, trouver le processus limité. Le rectum, au-dessus de l'ampoule rectale, m'en a paru être le siège de prédilection : c'est en ce point que le toucher bimanuel permet de provoquer une douleur d'autant plus significative que chez certaines malades elle se continuait spontanément pendant un certain temps pour aboutir à la crise habituelle suivie d'expulsion des membranes.

Dans la fosse iliaque gauche, un peu plus haut, par conséquent, sur l'S iliaque, se trouve un autre siège de prédilection, que les malades indiquent souvent d'elles-mêmes et que le palper permet de reconnaître également. Beaucoup plus rarement, avec les restrictions que j'ai apportées plus haut, j'ai trouvé la douleur dans la fosse iliaque droite. Ce qui est banal, pour moi, et d'observation journalière, c'est la douleur suivie de colique intestinale plus ou moins prolongée, à la palpation du rectum à l'aide d'une main placée contre le Douglas, l'autre main étant appliquée sur l'abdomen et s'efforçant de gagner la profondeur du petit bassin. En éliminant les cas où il existe un déplacement des annexes malades, le doigt poussé en haut dans le Douglas permet de sentir une tumeur mollasse, remplie de matières fécales, où ce doigt s'enfonce et dont le simple toucher provoque chez le sujet des crises intestinales souvent intolérables. J'ai observé des malades qui, un quart d'heure après cette manœuvre, étaient obligées d'aller à la garde-robe expulser leurs scybales et leurs membranes au milieu de violentes coliques.

L'étendue de la région du gros intestin, qui est le siège de ces troubles, est variable. La longueur des membranes rendues par certaines malades permet de supposer que dans quelques cas elle peut s'étendre très loin : mais, dans la grande majorité, elle dépasse rarement 10 à 12 centimètres, et c'est à cette étendue que l'on peut fixer à peu près la longueur de la zone où elles s'élaborent.

En résumé, comme nous le disions plus haut, c'est dans une région appelée à jouer normalement l'emploi de réservoir, que, grâce à la parésie intestinale, s'accomplit le séjour du bol fécal pendant une période d'une durée exagérée, et que se manifestent des phénomènes que, d'autre part, le rôle de réservoir joué momentanément aussi par l'estomac, l'expose à voir évoluer également chez lui, — c'est-à-dire l'*hypersécrétion* et les *troubles moteurs paralytiques* ou *spasmodiques*.

***

Pour en revenir à l'étiologie, c'est à une *trophonévrose sécrétoire* et *motrice* qu'il faut ramener, je crois, le phénomène fondamental de la colite muco-membraneuse.

Siredey (1) le premier, dès 1868, a compris l'importance de ces troubles sécrétoires, encore sous l'impression des expériences, alors récentes, de Claude-Bernard, sur les fonctions excito-sécrétrices des filets sympathiques. Plus tard, à la Société de thérapeutique, Dujardin-Beaumetz (2) se rallia à la même idée, au cours d'une discussion soulevée par M. Weber et à laquelle j'eus l'honneur de prendre part. J'ajoute à la névrose sécrétoire la *névrose motrice*, qui pour moi lui est fatalement liée, comme je l'ai exposé plus haut.

Sous quelles influences se développe cette trophonévrose ? Il me semble que l'on peut classer ces influences en deux groupes. Dans l'un, la cause efficiente agit *directement* sur l'intestin, dans l'autre elle agit à *distance*.

Je crois que cette distinction est importante : non seulement elle nous permettra de mieux classer les faits cliniques acquis, mais peut-être même nous aidera-t-elle a mieux les comprendre.

J'appelle l'action *à distance*, celle qu'exercent par *voie réflexe* les ptoses viscérales et

(1) Siredey. *Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 1868.

(2) Dujardin-Beaumetz. *Soc. de thérap.* novembre 1894.

toutes les causes pouvant amener le *tiraillement* des nerfs des plexus abdominaux, depuis le rein mobile, jusqu'au simple prolapsus utérin.

J'appelle action *directe* celle que provoquent les *tiraillements* exercés directement sur l'intestin par les brides cicatricielles, fausses membranes ou adhérences, prenant attache sur lui, — celle aussi que produisent les *pressions* permanentes (tumeurs, utérus rétrofléchi), et pour tout dire d'un mot, toutes les causes pouvant créer un obstacle mécanique au libre péristaltisme intestinal.

I

Il semble que jusqu'ici on ait surtout prêté attention aux phénomènes du *premier groupe*, ceux qui agissent à distance, par voie réflexe.

La ptose rénale est un de ceux qui ont le plus vivement frappé l'attention. Il n'est point douteux que ce soit là en effet une cause efficiente fréquemment rencontrée et M. Mathieu (1) a fait ressortir la proportion considérable de femmes portant un rein plus ou moins déplacé (54 fois sur 95 femmes), que l'on trouve parmi les sujets présentant de la colite muco-membraneuse. D'autre part les observations, plus nombreuses chaque jour, dans lesquelles la correction de la néphroptose par la néphropexie a amené la disparition des accidents intestinaux, montrent clairement toute la part qui revient à ce phénomène dans l'étiologie de la colite.

Comment agit-elle? Il y a trois ans, à la Société de thérapeutique, quand M. Weber apporta un cas typique d'observation de ce genre, j'émis l'hypothèse que la trophonévrose de Siredey avait peut-être pour origine un état névropathique des plexus abdominaux, dû aux *tiraillements* continuels exercés sur les nerfs de l'organe prolabé.

Je n'étais peut-être pas parti d'une idée très juste, je l'avoue, car j'étais hanté alors par la préoccupation d'un rapprochement entre la formation des fausses membranes de la colite et celle de la membrane vraie de la dysménorrhée membraneuse, autre trophonévrose que j'étudiais à cette époque, et que l'on rencontre chez les femmes à ovaires prolabés, troublés dans leur nutrition et par suite dans leur fonction trophique sur la muqueuse utérine.

Ce rapprochement était illusoire, comme je m'en suis rendu compte depuis. Il n'y a aucun rapport à établir entre la fausse membrane inorganisée de la colite, qui n'est qu'une plaque de mucus desséché, et la caduque épaissie, le tissu organisé que représente la membrane dysménorrhéique. Cette caduque trop épaisse, résultat d'un déréglement du trophisme ovarien, ne peut pas s'éliminer par parcelles comme la caduque normale, au moment de l'apoplexie sous-muqueuse menstruelle; les règles manquent plusieurs fois de suite; la muqueuse s'épaissit encore davantage et finalement s'élimine d'un seul coup, se décolle en doigt de gant sous une poussée menstruelle plus forte, en même temps qu'un spasme utérin plus ou moins douloureux — que j'ai vu, même dans un cas, être presque indolore (!) — accompagne les efforts de l'organe expulsant ce corps étranger.

Je crois que cette confusion a été faite d'ailleurs par d'autres auteurs, d'autant plus aisément qu'on a signalé des cas (Litten (3), Monod (4), Dalché (5) — et j'en ai observé

(1) Mathieu. *Soc. de thérapeutique*, 26 mai 1897.
(2) Weber. *Soc. de thérapeutique*, 24 novembre 1894. — *Ibid.*, 27 avril 1897.
(3) Litten. *Berl. klin. Wochensch*, n° 29, 1888.
(4) Monod. *Ann. de la Polycl. de Bordeaux*, mai 1893.
(5) Dalché. *Bull. de la Soc. de thérapeutique*, 26 mai 1897.

moi-même — où la dysménorrhée membraneuse coexistait chez le même sujet avec la colite membraneuse. Ceci tient à ce que ces deux genres de phénomènes s'observent d'habitude chez des sujets de tempérament semblable, c'est-à-dire chez des nerveuses et des arthritiques. Le spasme qui existe dans les deux cas n'est pas un élément de rapprochement suffisant, car il trouve chaque fois son explication particulière. Quant aux membranes, il n'y a là, je le répète, qu'une ressemblance grossière, peut-être même une illusion de mots.

Malgré cela, l'idée que j'émis à ce propos, quant à l'influence des tiraillements sur les nerfs sympathiques et à leur retentissement à distance sous forme de réflexes trophiques, était juste, je le crois. Tout ce que j'ai observé depuis lors n'a fait que m'y confirmer chaque jour davantage, et j'ai été heureux de voir M. Mathieu, dans sa communication, l'accepter comme une explication possible de l'action de la néphroptose sur les troubles sécrétoires de l'intestin.

Mais le rein n'est pas le seul organe capable d'exercer ce genre de tiraillements, d'élongation, sur les nerfs des plexus abdominaux. Le foie, l'estomac, la rate, sont capables d'amener le même résultat par le même mécanisme, et c'est ainsi que s'explique que certains phénomènes qui ont été le point de départ de ces ptoses viscérales, se trouvent être indirectement les agents primitivement responsables de l'apparition de la colite.

Dans ces phénomènes rentre l'éventration, si fréquente chez la femme, — qu'elle soit post-opératoire, ou due à des grossesses répétées ou à des grossesses gemellaires, et cette interprétation a une importance réelle en thérapeutique, car elle explique que j'aie pu guérir, dans un cas que j'ai publié, une femme atteinte de colite muco-membraneuse, par la simple cure chirurgicale de son éventration.

Bref, toutes les causes qui peuvent amener les ptoses viscérales, et elles sont nombreuses, deviennent *ipso facto*, et par l'intermédiaire de celles-ci, autant de facteurs étiologiques indirects de la colite muco-membraneuse.

Il existe toutefois un élément pathogénique dont il faut tenir ici le plus grand compte et dont il est temps de parler : je veux dire la *prédisposition individuelle* du sujet. Tous les auteurs ont reconnu que les malades atteintes de colite membraneuse, et M. Potain (1) a très justement insisté sur ce point, sont des *nerveuses* : ce sont aussi des arthritiques, ce qui revient généralement au même. Si vague que soit le sens de ce mot « nerveuses » il correspond cependant à un ensemble de faits bien réels, en particulier à ce manque d'équilibre dans le rôle des centres nerveux, sur la nutrition des organes qui donne à ces malades une physionomie pathologique, une *constitution*, — c'est le vieux mot et c'est le bon, —toute spéciale et bien connue du médecin.

Ce sont ces malades qui réagissent si aisément aux réflexes d'origine viscérale et chez qui ceux-ci se traduisent par des troubles sécrétoires, moteurs, trophiques, de toutes sortes. C'est chez elles que les troubles physiologiques des fonctions intestinales se produisent si facilement. C'est chez elles aussi que ces ptoses viscérales apparaissent primitivement avec tant de fréquence et se maintiennent avec une si désespérante ténacité, terrain doublement préparé et pour l'éclosion du phénomène ptosique initial et pour la perpétuation de ses effets éloignés, sous forme de troubles moteurs et sécrétoires de l'intestin.

Ce sont aussi des *arthritiques*, ai-je dit, et à ce titre les troubles sécrétoires leur sont

(1) Potain. *Semaine médicale*, 1887.

particulièrement familiers, comme on sait. L'hypersécrétion intestinale n'est donc chez elles qu'un cas spécial de cette tendance à l'*hypercrinie* que l'on retrouve chez tous les arthritiques et qui se manifeste sur toutes leurs muqueuses à la moindre occasion, donnant aux filles la leucorrhée, aux garçons les blennorrhées interminables longtemps encore après qu'elles sont désinfectées, à tous les sudations abondantes, la séborrhée, les conjonctivites chroniques, les bronchites sans fin, les coryzas perpétuels.

Arthritisme et névropathie, tel est donc le terrain favorable dans lequel évolue le processus qui, parti des ptoses viscérales, aboutit, grâce aux tiraillements des plexus, à la colite muco-membraneuse.

Mais ce n'est pas tout. Les ptoses viscérales envisagées jusqu'ici ne sont pas les seules en possession du privilège d'exercer sur les nerfs abdominaux ces tiraillements se traduisant par des troubles trophonévrotiques à distance. Les *ptoses des organes génitaux* féminins sont capables d'agir de la même manière, par les tractions répétées qu'elles exercent sur les faisceaux nerveux des ligaments larges, et à mon avis le prolapsus, la rétroversion de l'utérus, le prolapsus des annexes, *l'ovaire flottant*, toutes les ptoses en un mot, que l'on observe si souvent chez les femmes atteintes de colite membraneuse, agissent ici de la même manière que le rein mobile.

La puissance des réflexes ayant leur point de départ dans l'élongation des ligaments larges, est considérable et aucun gynécologue ne peut l'ignorer. C'est à cette élongation trop prolongée, pendant les hystérectomies laborieuses ou la confection de pédicules ovariens difficiles au cours de certaines laparotomies, que des hommes de la valeur de Lawson Tait ne craignent pas d'attribuer la paralysie intestinale post-opératoire. Le même Lawson Tait n'a-t-il pas avancé que cette péritonite chirurgicale était une *maladie nerveuse*, et de fait, quand on voit celle-ci débuter avant tout par la paralysie intestinale opiniâtre, si favorable aux résorptions de toxines, s'enrayer parfois à l'aide d'un simple purgatif, on peut se demander si la boutade du chirurgien de Manchester ne renferme pas, au moins pour certains cas de shock, une part de vérité. Faut-il rappeler encore, à ce propos, les cas rares mais classiques de syncope parfois mortelle à la suite du simple abaissement de l'utérus? Qui ne connaît enfin l'état tout spécial d'épuisement nerveux, d'affaissement général, physique et moral, de neurasthénie avérée, que détermine chez nombre de femmes le simple prolapsus utérin ou la rétroversion, et que le port d'un simple pessaire soulage comme par miracle, lorsque d'autres ptoses viscérales engendrées par leur état névropathique prolongé ne sont pas venues se surajouter aux troubles génitaux et faire de ces malheureuses ce qu'on a appelé si pittoresquement des déséquilibrées du ventre?

Ces sujets, de par leur ptose, comme de par leur état névropathique, sont des candidats tout désignés pour la colite muco-membraneuse, et de fait, en parcourant mes observations, je relève le prolapsus utérin et la rétroflexion *mobile*, pour ne m'occuper actuellement que de celle-ci, dans la moitié des cas environ.

Il y a plus. La *grossesse* elle-même peut jouer un rôle, au moins occasionnel, dans la première apparition de la colite membraneuse chez une femme et je suis surpris que l'on n'ait pas encore insisté sur ce point comme il le méritait. Nombreuses sont en effet les femmes enceintes qui rendent des glaires ou des fragments pseudo-membraneux dans leurs selles : chez certaines, les crises diarrhéiques alternant avec les périodes de constipation peuvent s'accompagner de spasmes extrêmement douloureux qui en ont imposé plus d'une fois pour des contractions utérines et des menaces d'avortement, voire même,

comme dans un cas qui est venu à ma connaissance, pour des coliques hépatiques. Tarnier, bien qu'il ne prononce pas le mot de colite, a justement insisté sur ces diarrhées spasmodiques des femmes enceintes, qui ont pu, dans certains cas, entraîner une cachexie telle que l'accouchement prématuré artificiel s'imposait.

J'observe en ce moment une malade à qui j'ai pratiqué, il y a trois ans, une laparotomie avec ablation d'un ovaire kystique, hystéropexie et cure radicale d'une éventration, et que je viens de revoir, enceinte de six mois, se plaignant de colite membraneuse avec crises paroxystiques, expulsion de longues membranes, et épreintes douloureuses lui faisant croire chaque fois qu'elle va accoucher. Tous ces accidents n'ont débuté qu'au troisième mois de sa grossesse. L'an dernier encore, j'ai rencontré deux malades ayant vu la colite membraneuse apparaître chez elles pour la première fois au cours de leur grossesse, et, chose singulière, le début des accidents, ici encore, remontait précisément dans les deux cas au troisième mois.

Je reconnais que l'interprétation de ces cas est complexe. Je serais assez disposé, pour mon compte, à y faire une part à l'élongation des ligaments utérins, due à l'ascension de l'utérus, la colite n'ayant débuté qu'au troisième mois, c'est-à-dire quand l'organe s'est élevé hors du petit bassin. Mais il serait injuste de nier le rôle considérable de la compression exercée par le globe utérin. Enfin, peut-être, dans le premier cas, existe-t-il des adhérences intestinales avec le pédicule ovarien, non gênantes à l'état normal, et que l'élongation du ligament met pour le moment à l'état de tension. Quoi qu'il en soit, le fait est, me semble-t-il, des plus intéressants à signaler et il sera curieux de voir ce qu'il en adviendra une fois la grossesse terminée.

II

Je passe maintenant à l'examen des agents provocateurs de la colite qui agissent *directement* sur l'intestin. Ils sont de deux sortes, comme je l'ai dit plus haut, les uns agissent par *compression* simple, les autres en exerçant des *tractions* sur lui, comme le font en particulier les brides cicatricielles et les adhérences.

La *compression* est le fait des tumeurs volumineuses créant obstacle au cours des matières fécales, sans aller jusqu'à l'obstruction véritable, bien entendu : ainsi agissent les fibromes, les tumeurs malignes, les annexes volumineuses, et plus simplement mais plus fréquemment encore peut-être l'utérus rétrofléchi. Je n'insiste pas sur ces points qui sont bien connus et dans lesquels la constipation mécanique primitive joue un rôle de premier plan. Néanmoins je crois que lorsque les fausses membranes apparaissent il faut faire la part des troubles trophiques que la compression répétée de l'intestin peut très vraisemblablement engendrer (1).

L'autre groupe de phénomènes est beaucoup plus intéressant, et peu connu, je crois. Je veux parler de l'action de ces *fausses membranes*, reliquat d'inflammations périto-

(1) Voir Jacobs. *Soc. d'anat. path. de Bruxelles*, 11 juin 1897. Observation très importante d'un cas observé chez une femme de 40 ans, avec rectite intense et rebelle et cachexie grave, que l'ablation d'un petit fibrome de la trompe put seule guérir. Verneuil a rapporté à la même séance un cas tout semblable où la rectotomie elle-même avait été impuissante et où seule l'extirpation d'une tumeur tubaire amena la guérison.

néales anciennes, que l'on trouve dans l'abdomen de près de la moitié des femmes non vierges, au cours des laparotomies et des autopsies.

Ces brides, bien connues d'ailleurs, sont d'étendue et de solidité très variables, en général proportionnelles à leur âge. Elles unissent entre eux, à la façon d'un filet, les viscères du petit bassin : utérus, trompes, ovaires et intestin, opposant ainsi au libre péristaltisme de celui-ci une gêne dont il est impossible de méconnaître le rôle. Leur siège de prédilection est autour des annexes, dans la région du Douglas : mais il n'est pas rare d'en trouver sur le fond de l'utérus lui-même. Leur point d'attache intestinal, forcément variable, est le plus souvent le rectum et l'S iliaque : il arrive aussi, il faut le dire, de les trouver unissant des anses d'intestin grêle, mais celles-ci semblent s'y prêter moins facilement, peut-être en raison de leur plus grande mobilité. Le moindre retentissement inflammatoire de l'infection des voies génitales, transmis par les innombrables voies lymphatiques existant entre celles-ci et le péritoine, suffit à provoquer l'apparition de ces exsudats qui s'organisent, comme on sait, en quelques heures. La simple irritation causée dans le Douglas par la pression constante du fond de l'utérus rétrofléchi, peut les faire apparaître en ce point au bout d'un temps variable et amener la transformation de la rétroflexion primitivement mobile en rétroflexion adhérente.

Ces brides, que Letcheff regarde comme le pont ayant servi au passage des agents infectieux allant des organes génitaux au rectum, me paraissent jouer beaucoup plus simplement un rôle plus certain encore dans l'étiologie de la colite muco-membraneuse. Il y a peu de temps que je recherche les cas de ce genre et le nombre s'en fait de plus en plus considérable depuis que j'y prête attention.

Le diagnostic demande quelques précautions essentielles. Le plus souvent, c'est en abaissant l'utérus avec la pince à griffes, c'est en pratiquant la palpation bimanuelle des annexes, que l'on provoque chez la malade cette douleur spéciale, qu'elle accuse immédiatement et qui devra faire soupçonner la présence des adhérences intestinales. Ce n'est pas la douleur vive que produit le contact des annexes enflammées ou demeurées sensibles, douleur en général immédiate, qui peut s'éteindre sur place presque aussitôt comme aussi se prolonger, mais en restant toujours *localisée* au même endroit ou en s'irradiant suivant des directions constantes et connues (point crural, point sous-costal, point lombaire). C'est une douleur plus sourde, qui semble parfoit n'atteindre son summum d'acuité que quelques secondes plus tard, avec une tendance très nette à la *généralisation* consécutive. Les malades out, pour traduire leur sensation, des expressions dans lesquelles elles retombent toutes à leur insu et qui sont bien significatives : « Cela me fait mal *maintenant* dans tout le ventre... » — « Cela me donne des *coliques*... », forme plus simple, plus vague en apparence, mais que la malade se chargera de préciser lorsque vous lui demanderez si ce sont des coliques « comme pour avoir ses règles ». La plupart du temps, si votre toucher a été bien fait, elle vous répondra : « Non, c'est comme pour aller aux cabinets, et *cela me dure encore.* » Dans ce cas, neuf fois sur dix, il s'agira d'un spasme provoqué et vous pourrez conclure à l'existence de l'adhérence intestinale.

Je reproduis à dessein ces expressions vulgaires, mais caractéristiques, parce que c'est exactement dans ces termes que vous entendrez presque toutes les malades vous décrire leur sensation, et ceci est d'une extrême importance pour le diagnostic et pour le traitement, comme on va le voir tout à l'heure.

J'ajoute qu'on doit pratiquer cette exploration avec une certaine délicatesse ; il faut faire osciller l'utérus entre les deux mains, le mobiliser dans tous les sens avec douceur, en ne donnant que graduellement à ces mouvements toute l'amplitude possible ; il faut savoir

même, pour bien confirmer le diagnostic, insister très légèrement sur ces mouvements dans une région douloureuse, lorsque le toucher vous apprend en même temps que vous n'avez sous les doigts aucune lésion inflammatoire aiguë des annexes. Mais il faut avant tout savoir ne pas provoquer par la brutalité du contact une douleur trop vive dans les annexes elles-mêmes, douleur aiguë que la malade sera ordinairement incapable de dissocier de la douleur sourde et prolongée du spasme intestinal, seule intéressante ici.

Il faut dire cependant qu'il est des cas où les lésions annexielles, anciennes ou récentes, sont tellement douloureuses et où le sujet est tellement impressionnable, que l'examen conduit avec le plus de douceur provoque des douleurs vives, immédiates et longues qu'il est à peu près impossible d'analyser : on remettra alors la recherche des adhérences à une époque où la sensibilité des organes génitaux se sera calmée.

Cette douleur au toucher se prolonge plus ou moins longtemps selon les malades ; mais il n'est pas rare de la voir aboutir chez certaines à la production d'une crise de contracture intestinale avec expulsion de fausses membranes et diarrhée. Une de mes malades, Mme C..., que je soignais avec le Dr Vogt, était prise, chaque fois que je lui abaissais l'utérus, au début de son traitement, de coliques violentes qui duraient vingt-quatre heures et la forçaient régulièrement à s'aliter, avec crises paroxystiques et nombreuses selles, la première renfermant des membranes, les suivantes des glaires, les dernières de la diarrhée pure. Une autre, chez qui le moindre contact avec l'utérus réveillait les crises, voyait celles-ci apparaître quand elle pratiquait le coït. Une autre, Mme M..., vue avec le Dr Arnaud, et à qui j'ai fait une ovariotomie double il y a dix-huit mois, présente aujourd'hui des crises intestinales dont le point de départ est nettement localisé par elle dans la fosse iliaque droite, au niveau du pédicule de ce côté, ainsi que le toucher vaginal du cul-de-sac latéral droit permet de le constater : j'ai tout lieu de penser qu'il existe une adhérence du pédicule avec l'intestin à ce niveau. Une malade de Nitot (1) souffrait de crises de colique avec expulsions de fausses membranes depuis une double salpingectomie qui lui avait été faite par M. Peyrot. M. Nitot pratiqua une hystérectomie vaginale et trouva une adhérence de l'intestin avec l'utérus, sur une étendue d'un centimètre carré environ, adhérence qu'il fallut disséquer avec soin. La malade fut débarrassée définitivement de sa colite à la suite de cette intervention.

*
* *

En résumé, je crois donc que l'on peut distinguer, au point de vue de l'étiologie, les cas de colite membraneuse observés chez la femme, en deux groupes : ceux qui ont pour origine une *action à distance* (ptose viscérale ou génitale) et ceux qui ont comme point de départ une *action directe* exercée sur l'intestin par des compressions ou des tiraillements provenant de brides et d'adhérences.

Ces deux catégories correspondent-elles à des types cliniques particuliers et nettement définis ? Je n'oserais l'affirmer.

Dans le premier groupe, il est vrai, c'est l'*hyposthénie* qu'on observe de beaucoup le plus souvent : c'est la stase intestinale, la constipation et toutes les variétés des troubles sécrétoires, depuis le simple enrobage muqueux des scybales, sans douleurs, jusqu'à l'expulsion périodique, à intervalles parfois très éloignés, souvent douloureuse, de lambeaux énormes de mucus concrété. Wannebroucq a observé un tube de 1m50 de long et Laboulbène parle d'une malade qui remplissait chaque fois de ses membranes un vase de nuit tout entier.

(1) Nitot. Observation XVIII. In *Thèse* de Letcheff, p. 92.

Mais ces crises douloureuses relèvent d'une contracture passagère de l'intestin, contracture qui parfois se prolonge, donnant lieu à de véritables crises paroxystiques, *hypersthéniques* celles-là, au cours desquelles le produit de l'hypersécrétion intestinale est expulsé sur-le-champ, à l'état liquide, sans avoir eu le loisir de se concréter en lambeaux membraniformes. Ces crises ont une durée variable, sont plus ou moins rapprochées, plus ou moins violentes : ici entre en jeu la disposition nerveuse particulière du sujet, c'est-à-dire un élément essentiellement variable s'il en fut. Les causes occasionnelles de ces crises sont non moins irrégulières : tantôt c'est un refroidissement, tantôt c'est une vive émotion, tantôt un traumatisme qui provoquent le spasme intestinal et révèlent l'hypersthénie latente, toujours prête à se substituer à l'hyposthénie, en un mot la perturbation, la déséquilibration de l'action nerveuse motrice des plexus abdominaux sur l'intestin. Enfin, chez quelques sujets, cette forme paroxystique devient à la longue la forme habituelle de la maladie, engendrant un état cachectique d'une gravité réelle.

Dans les formes d'origine *directe*, si l'on me permet cette ellipse, celles qui relèvent de la compression sont franchement passives et hyposthéniques, avec constipation opiniâtre, crises diarrhéiques rares ou nulles. Celles qui résultent du fait des d'adhérences ont une allure non moins irrégulières que celles du premier groupe, mais si je m'en réfère à mon expérience personnelle, c'est le type paroxystique intermittent qui m'a paru le plus fréquent; on observe alors les longs intervalles de constipation, coupés de crises diarrhéiques lorsque par suite d'un tiraillement de l'adhérence, de traumatismes sur les organes génitaux, de poussées congestives même du côté de ces organes, l'épine que représentent ces adhérences se trouve atteinte. Certaines malades voient leurs crises intestinales réapparaître avec le retour du molimen congestif préparatoire des règles. D'autre part je sais qu'on en a observé d'autres qui présentent une sorte d'alternance entre leurs crises et leurs époques cataméniales; je les crois plus rares toutefois. Enfin, il existe encore nombre de malades de cette catégorie chez qui l'irritation des adhérences ne dépasse pas comme effet un spasme passager, modérément douloureux, non suivi de crises diarrhéiques. Comme on le voit, toutes les formes cliniques peuvent s'observer en pareil cas.

En somme, la plus grande fréquence de l'hyposthénie dans le premier groupe, de l'hypersthénie intermittente dans le second, ne sont que l'expression de *majorités relatives* dans la pratique et nullement, je le crois, de relations directes et constantes entre le mode d'origine du processus et ses manifestations cliniques. Tout ce que l'on peut remarquer, mais je crois qu'on doit le faire, c'est que la colite d'origine *indirecte* demande, pour se développer, un terrain favorable, un sujet arthritique, nerveux, prédisposé aux troubles trophiques : la colite d'origine *directe* relève d'un accident qui peut survenir chez toutes les malades, par conséquent sans choix du terrain. Mais hâtons-nous de dire que cette différence, intéressante pour l'étiologie, n'a qu'un temps, et que bien vite l'état nerveux des malades de la seconde catégorie n'a rien à envier à celui des malades de la première, pour peu que les troubles intestinaux présentent quelque intensité et surtout de la ténacité. La différence est qu'ici la névrose est secondaire et que là elle est primitive.

Pour finir, peut-on affirmer que tous les cas possibles de colite muco-membraneuse chez la femme rentrent, par leur étiologie, dans les deux cadres que j'ai cru pouvoir tracer? Je crois qu'il serait imprudent de l'affirmer. La nature ne fait pas de catégories, a dit le sage, et celles que nous décrivons ne sont jamais que des modalités de notre entendement. On a parlé de cas dans lesquels aucune autre lésion n'avait été trouvée que de la métrite légère : je ne puis les nier *a priori;* tout au moins demanderai-je, avant de con-

clure, si on a recherché soigneusement les ptoses, les déplacements viscéraux concomitant les plus légers, la perte de tonicité de la paroi abdominale, le manque de résistance du périnée, l'affaissement des ligaments utérins, tous les éléments en un mot qui agissent d'une façon indirecte sur l'équilibre ou l'activité trophique des plexus abdominaux.

Enfin, on m'objectera peut-être que l'interprétation que j'ai proposée trouve plus difficilement son explication dans les cas de colite muco-membraneuse observés chez l'homme : mais l'homme n'échappe ni à la neurasthénie ni aux ptoses viscérales et si le rein flottant y est plus rare et les brides péritonitiques plus rares encore, on me permettra de remarquer que là est peut-être précisément l'explication de la plus grande rareté de la colite dans notre sexe.

TRAITEMENT

La colite membraneuse étant, comme je l'ai dit, une maladie *symptomatique* et toujours secondaire, il faut d'abord tout naturellement s'adresser à sa cause si l'on veut entreprendre sa guérison. C'est dire que l'affection gynécologique diagnostiquée devra avant tout être soignée par les moyens appropriés. On guérira la métrite et les affections des annexes ; on redressera l'utérus retroversé ou prolabé et on le maintiendra en place au moyen d'un pessaire bien choisi. On réparera chirurgicalement les parties lacérées, les colpocèles, la cystocèle. On remédiera au relâchement des parois abdominales par le port d'une ceinture ou la cure chirurgicale de l'éventration, si elle existe.

D'autre part, on corrigera les ptoses viscérales par le traitement particulier que réclamera chacune d'elles : néphropexie, hépatopexie, colopexie, ou port de ceinture *ad hoc*. M. Mathieu a fait ressortir très justement les bons effets, à ce point de vue, du repos prolongé, qui soulage les tiraillements provoqués par les ptoses, et c'est là une thérapeutique qui trouvera souvent son emploi rationnel.

On accordera une attention toute spéciale au traitement des adhérences, dont j'espère avoir démontré le rôle fréquent et considérable. A ce point de vue, je dois au massage gynécologique des succès inespérés. Je possède actuellement vingt-six observations complètes de colite muco-membraneuse ayant résisté au traitement médical le plus rationnel et que j'ai pu guérir d'une façon que je puis considérer comme définitive puisque cinq d'entre elles remontent déjà à trois ans, par l'emploi du *massage*. Ce n'est pas le lieu d'insister ici sur sa technique, aujourd'hui bien connue ; il me suffira de dire que l'utérus devra être ramené peu à peu, avec patience et surtout avec une infinie douceur, à une mobilité parfaite ; que les annexes devront être libérées de toute adhérence et remises en bonne place. Je ne suis certes pas un fanatique aveugle du massage, auquel on a, comme à toute méthode nouvelle, demandé simplement la guérison de tous les maux : mais je dois dire que lorsqu'il s'est agi de libérer d'adhérences avec les organes voisins l'utérus ou ses annexes, la méthode de Thure Brandt m'a donné des résultats que j'aurais dû, sans cela, demander à une intervention chirurgicale vraiment trop grave quand il ne s'agit que de brides légères. D'autre part, il ne faudrait pas reculer devant celle-ci s'il était démontré que ces adhérences ont résisté à tous les efforts.

Mais avant d'en arriver là, on tentera encore la *dilatation* de l'utérus au moyen des *laminaires*, qui permettra souvent de triompher d'un certain nombre de cas rebelles, comme cela m'est arrivé déjà pour ma part. On réalisera une dilatation aussi large que possible, de façon à pouvoir introduire l'index dans l'utérus et à opérer ainsi des tractions bien supérieures à l'effort que peut réaliser le massage bimanuel — et d'une efficacité d'autant plus probable, que cette dilatation, par les modifications profondes qu'elle apporte à la nutrition de l'utérus et des organes voisins, provoque un véritable travail de résorption

grâce auquel les adhérences perdent de leur consistance et arrivent ensuite à céder avec une facilité parfois inattendue.

Le massage direct de l'intestin dans la région douloureuse, plus délicat à réaliser selon moi, car il faut calmer le spasme et non le réveiller, est un adjuvant évidemment utile ; mais, en général, si l'utérus est en place, libéré de ses adhérences, l'amélioration du côté de l'intestin ne se fait pas longtemps attendre.

Elle n'est pas immédiate cependant, je tiens à le dire, pas plus qu'après les opérations chirurgicales qui auront pu faire disparaître de la façon la plus radicale les lésions gynécologiques. Sur ce point, tous les gynécologues qui se sont occupés de la question sont absolument d'accord. L'affection gynécologique qui a amené l'apparition de la colite une fois disparue — et cette disparition est indispensable si on veut espérer une guérison, — la colite peut survivre un temps plus ou moins long et ne céder que graduellement. Elle peut même malheureusement, comme dans certaines observations de Monod et d'Ozenne, lui survivre longtemps et même ne pas paraître avoir été influencée en aucune manière par le traitement gynécologique.

Ce fait est d'autant plus singulier à constater que la colite est une maladie purement fonctionnelle dans laquelle on admet qu'il n'existe pas de lésions organiques locales définitives. Y a t-il création, à la longue, d'une sorte d'habitude fonctionnelle, existe-t-il des lésions centrales dans les plexus? Nous l'ignorons, mais il importe de bien connaître ce fait pour ne pas s'exposer à apprécier injustement, en cas d'échec, des procédés thérapeutiques qui ont d'autre part fait leur preuve.

D'ailleurs il existe toute une thérapeutique locale qui trouve ici sa place et vient accélérer puissamment une guérison qui livrée à elle-même se produirait moins vite.

On combattra avant tout la constipation, par des purgatifs doux : sel de Carlsbad, eau de Châtel-Guyon. Le régime lacté trouvera ses indications dans les cas tenaces. Le choix de l'alimentation est loin d'être indifférent, et toutes les malades, qui en leur qualité de névropathes s'observent minutieusement, vous diront d'elles-mêmes les aliments qui provoquent le plus souvent leurs crises; celles-ci sont assez douloureuses pour qu'on n'ait en général aucune envie de tricher sur ce sujet. On interdira tous les mets épicés, le vinaigre, l'alcool, le café et le tabac s'il y a lieu; ne pas oublier celui-ci.

Les grands lavages de l'intestin donnés avec la douche d'Esmarch, comme le fait M. Mathieu, rendent de réels services. J'ai eu recours autrefois au nitrate d'argent, renouvelé du traitement de la dysenterie. Après plusieurs essais, je m'en tiens aujourd'hui à deux médicaments qui m'ont toujours été fidèles. Quand il y a irritation violente, j'emploie une solution de bicarbonate de soude à la dose d'une cuillerée à soupe pour un litre d'eau : cette solution détache bien le mucus et nettoie parfaitement la surface de l'intestin. Je passe alors à l'ichthyol à la dose de 1 à 5 0/0, que j'emploie soit seul, soit en faisant alterner avec les lavements au bicarbonate de soude. L'ichthyol agit à la fois comme antiseptique et comme astringent léger : il est absolument inoffensif je le considère et comme un médicament véritablement précieux en la circonstance. Ces lavements, d'un litre en moyenne, sont pris au lit, à la température du corps d'abord, puis en élevant graduellement cette température (que la malade tolère d'habitude difficilement) jusqu'à 45°. Ces lavements sont pratiqués d'abord tous les jours, puis deux fois par semaine.

Enfin, et ceci est essentiel, on soignera l'état général. On prescrira l'exercice modéré, l'hydrothérapie tiède avec frictions au gant de crin. On fera tenir le ventre à l'abri des refroidissements, et surtout on défendra les bains de mer que j'ai constamment vu ramener chez les malades des recrudescences paroxystiques fâcheuses.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 Octobre 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

A l'occasion du procès-verbal, M. Petit fait remarquer à nouveau qu'il existe en France des maisons qui fabriquent régulièrement et par quantités un assez grand nombre d'alcaloïdes, cocaïne, pilocarpine, ésérine, atropine, strychnine, etc.

Les droits sur l'alcool gênent pour la fabrication de ces produits mais on peut employer l'alcool dénaturé excepté pour les dernières purifications. M. Bardet n'a raison que pour les produits tels que la morphine, la caféine, la théobromine; pour ces alcaloïdes en effet, il existe des droits prohibitifs sur les matières premières servant à leur fabrication.

M. Catillon rappelle que M. Huchard a fait ressortir que les malades avaient à souffrir de l'emploi des *produits synthétiques*, provenant d'Allemagne, et qu'on est obligé d'utiliser à cause de l'impossibilité matérielle de faire fabriquer en France des *produits naturels correspondants*. Il faut agir sur les pouvoirs publics de façon à les décider à modifier les lois prohibitives existantes ; l'orateur propose d'envoyer au ministre compétent un compte rendu de la discussion qui a eu lieu à la *Société de thérapeutique* sur ce sujet.

M. Petit propose de transmettre un résumé succinct et clair de la discussion, au lieu des procès-verbaux des deux séances.

M. Patein revient sur *l'essai de la théobromine* qui sera fait à trois points de vue : 1° *action de la chaleur;* 2° *action des alcalins;* 3° *action du benzoate de soude.*

1° En chauffant avec précaution un peu de théobromine, sur une lame de platine, la volatilisation sans aucun résidu doit être obtenue, le point de fusion est beaucoup plus élevé que celui de la caféine, par exemple.

2° En ajoutant à 2 ou 3 grammes d'eau contenant un peu de théobromine une goutte *ou* deux de lessive de soude, on obtient instantanément une solution limpide, ce qui n'arrive pas avec la caféine.

3° La caféine est soluble dans une solution de benzoate de soude, la théobromine ne l'est pas.

Les réactions sont faciles à obtenir même pour des personnes peu au courant des manipulations chimiques.

M. Petit rappelle que le point de fusion de la théobromine est à 338°-340°, alors que celui de la caféine se trouve à 237°. La théobromine se dissout en outre entièrement dans le chloroforme, la caféine laisse un résidu.

M. Bardet présente au nom de M. Onimus un *révulseur* très employé en Russie et en Allemagne, consistant en une couronne de pointes avec lesquelles on inocule sous la peau un liquide qualifié « *huile de moustiques* » qui produit une révulsion presque indolore très suffisante et ne laissant aucune cicatrice. L'huile de moustiques n'est que de l'huile de cade, et le révulseur en question ne représente que la réapparition d'un instrument inventé et utilisé il y a cinquante ans environ.

M. Blondel lit une note sur la *colite muco-membraneuse.* (Publiée dans la *Revue.*)

M. Dignat présente une note sur le même sujet. M. Mathieu a signalé comme traitement adjuvant de l'entéro-colite l'électrisation. M. Dignat ne s'est adressé qu'à la franklinisation, qui a relevé l'état général des malades, mais n'a pas paru, sauf dans un cas sur six, agir directement sur les sécrétions intestinales.

L'orateur a eu l'occasion de constater incidemment qu'une autre méthode de traitement, s'adressant aussi à l'état général des malades, exerçait une action remarquable sur l'entéro-colite. Il s'agit des *injections de sérum artificiel;* avec une dizaine, en général, d'injections de 15 à 20 centimètres cubes, on obtient en trois semaines environ une disparition des phénomènes douloureux et des fausses membranes. Un des malades est guéri depuis six mois. Dans trois autres cas, la même disparition rapide des selles glaireuses et des fausses membranes a été observée par l'orateur. Cette guérison peut cependant ne pas être définitive, comme dans le cas d'une jeune malade de 22 ans, débarrassée par une première série de six injections, en juin de cette année, et qui revint des bains de mer, en septembre, atteinte d'une récidive qui céda à trois nouvelles injections. Le succès de cette médication indirecte s'adressant à l'état général de malades toujours neurasthéniques ou névropathes, démontre que l'entéro-colite est nettement dépendante de l'état général.

La séance est levée à six heures.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement abortif de l'influenza par le calomel. (*Therap. Monatshefte*, octobre 1897.) — Pour FREUDENTHAL, le calomel constitue le seul médicament capable d'enrayer une attaque d'influenza, à condition qu'on intervienne dès le début : à partir du troisième jour, inclusivement, la médication reste sans effet.

Les doses ont été de 10 centigrammes deux fois par jour chez les adultes, ou encore trois fois par jour 5 centigrammes : chez les enfants, autant de centigrammes que d'années d'âge.

Les effets ont toujours été remarquables : en quelques heures, on obtient un abaissement de la température, de l'ephorie, une disparition des douleurs névralgiques et de l'anorexie.

Vu l'impuissance trop démontrée des nombreuses médications recommandées dans l'influenza *confirmée*, il semble indiqué d'essayer de cette médication en tout cas inoffensive. La difficulté consiste à trouver des cas d'influenza au début, les malades ne s'adressant en général au médecin qu'en cas de complications; or, ces dernières n'apparaissent guère avant le troisième jour.

E. VOGT.

Le sérum antistreptococcique. (*Congrès de Moscou*, in *Revue médicale*.) — M. DENYS (de Louvain). — Quels sont les bénéfices que l'on peut attendre de l'injection de sérum antistreptococcique?

On peut espérer enrayer de suite l'infection et provoquer la convalescence après un ou deux jours. On parviendra surtout à ce résultat en intervenant au début ou avec des doses massives.

Si l'on ne peut pas couper de suite l'infextion, on peut déterminer une guérison lente ou provoquer celle-ci dans le cas où le travail de la nature ou les moyens thérapeutiques se seraient trouvés au dessous de leur tâche.

On peut empêcher l'extension du foyer par l'immunité conférée aux régions voisines encore saines.

On peut empêcher les métastases par l'immunité conférée à tout l'organisme. Ce dernier effet n'est pas douteux quand on pense que les métastases sont en somme produites le plus souvent par des microbes isolés ou par de petites agrégations microbiennes, qui, mises aux prises avec des leucocytes agissant sous l'influence du sérum immunisant, doivent rencontrer pour leur pullulation ultérieure, des difficultés autrement grandes que dans un organisme privé de la précieuse substance.

R. BLONDEL.

De la nouvelle tuberculine de Koch. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — YAVEINE a expérimenté la nouvelle tuberculine de Koch sur 8 tuberculeux dont 5 se trouvaient tout à fait au début de la maladie.

Le traitement fut commencé par 1/500 de milligramme et l'on arriva progressivement à 1 milligramme. Les malades ne réagissaient pas du tout au début, mais dès qu'on arrivait à 1/50-1/25 de milligramme, la température s'élevait à 37°,8-38°,5. Chez 3 malades, au bout de deux semaines de traitement, apparurent des hémoptysies, et, à partir de ce moment, l'évolution de la maladie devint très grave. Après deux mois, ces malades devaient déjà être considérés comme dangereusement atteints, de sorte qu'on fut obligé de suspendre le traitement. Dans deux autres cas de gravité moyenne, avec une température au-dessus de 38°, on a obtenu également de très mauvais résultats. D'une façon générale, plus l'état du malade était grave, et plus la réaction était intense. Le dernier malade était un médecin atteint depuis huit ans d'ulcère tuberculeux de la cavité buccale. Il réagissait d'abord mal

mais lorsqu'on arriva à 3 milligrammes, on constata l'apparition de nouveaux ulcères à la voûte palatine, la température s'éleva à 40° et, trois mois après, il succomba avec des phénomènes de tuberculose miliaire.

Cette fois encore, il ne semble guère que Koch soit arrivé à découvrir le véritable moyen thérapeutique de la tuberculose.

B. Taft.

Traitement de l'érysipèle par l'ichtyol. (*Journal russe de médecine militaire*, n° 6, 1897.) — Vyschpolsky a employé l'ichtyol, sous forme de pommade, dans un grand nombre de cas, et en a obtenu des résultats tellement favorables qu'il considère l'ichtyol comme un spécifique de l'érysipèle. Dans deux cas seulement il a pu noter une évolution un peu longue de la maladie. Faisons remarquer que dans un de ces cas il y avait une otite moyenne et que les streptocoques, qui pullulaient très probablement à l'intérieur de l'oreille, provoquaient de nouveaux accès érysipélateux, étant rejetés par le pus. Il a suffi dans ce cas de joindre à la pommade des lavages de l'oreille avec une solution d'ichtyol à 10 0/0 pour voir l'érysipèle disparaître rapidement et sans récidive.

B. Taft.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Des contusions de l'abdomen, par Demons (de Bordeaux). (*XIe Congrès français de chirurgie*, 1897.) — Le rapporteur cherche à préciser les points suivants : Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésion des viscères abdominaux, à la suite des contusions de l'abdomen? Il faut, pour répondre à cette question, faire une enquête approfondie sur la manière dont le traumatisme a agi, quelle était bien exactement la force de l'instrument vulnérant. Il faut aussi savoir si les muscles étaient à l'état de relâchement ou de contraction, si le traumatisme a agi perpendiculairement ou plus ou moins obliquement, enfin l'état de vacuité ou de réplétion des viscères creux. Les symptômes éprouvés par les malades, sauf quelques cas spéciaux, n'apprennent pas grand chose. Quel est le viscère lésé? Pour l'*estomac* les signes sont : douleur vive limitée, hématémèses, vomissements, *shock* accentué. Pour l'*intestin*, le shock est variable; mais il y a douleur profonde, de l'hyperesthésie, rarement des selles sanglantes, ventre tendu et dur, sonorité préhépatique, pas d'issue des gaz. Pour le *foie*, douleur de la région hépatique, avec irradiation vers l'épaule droite ou le creux de l'estomac, signe d'*hémorragie interne* et shock assez intense. Pour la *rate*, douleur intense locale, signes d'hémorragie interne souvent considérable, puisqu'il y a parfois refoulement du diaphragme et dyspnée.

Dans les contusions du *rein*, l'hématurie est à peu près constante, avec des douleurs le long de la cuisse, il y a oligurie ou anurie. Tuméfaction lombaire et matité plus ou moins diffuse. La contusion de la *vessie* se traduit par de la rétention d'urine, du ténesme, des urines sanguinolentes, une *tuméfaction hypogastrique* simulant la vessie. Plusieurs organes peuvent être lésés; ces divers diagnostics sont quelquefois assez faciles à poser. — Quelle est la lésion du viscère intéressé? Ce point est en pratique le plus difficile à éclaircir. On a conseillé d'injecter des liquides ou des gaz dans les cavités dont on veut reconnaître la rupture (Moty, Senn). Au point de vue de la marche, Moty distingue des cas moyens, légers et graves, mais un cas léger peut devenir grave subitement et inversement. La ponction exploratrice a une utilité limitée. La *laparotomie exploratrice* doit être appliquée sauf pour les cas extrêmes où la contusion est extrêmement légère, ou bien d'une très sérieuse gravité. Pour tous les autres cas, les circonstances peuvent seules inspirer le chirurgien. Le *traitement médical* qui consiste à calmer la douleur et immobiliser les organes a donné beaucoup de succès. Mais on ne peut pas faire une doctrine de l'expectation armée, car bon nombre de laparotomies ne valent que si elles sont précoces.

Lorsqu'on s'est décidé à la pratiquer, on pourra avoir à faire de simples nettoyages des organes pleins, ou la suture, ou le tamponnement. Les déchirures profondes, le broiement, obligent à réséquer ou à extirper les organes qui ne sont pas indispensables à la vie. Les vaisseaux seront liés ou pincés ou comprimés. Les organes creux sont suturés, avec ou sans résection. Les ruptures de l'uretère peuvent être séparées par la suture (Pozzi), par l'abouchement ou greffe dans la vessie, on fait la cholécystentérostomie pour les ruptures du cholédoque, etc.

M. Le Dentu appelle l'attention sur des signes qui peuvent décider le chirurgien à opérer. Les lésions de la paroi n'ont aucune valeur. Il faut rechercher l'*hypéresthésie pariétale*, les caractères du pouls et les altérations de la voix. La contracture de la paroi, jointe aux signes précé-

dents, indique des lésions profondes. L'augmentation du nombre des inspirations est un signe des plus précieux; s'il y a 28 à 30 inspirations par minute, il faut opérer. Il est bon d'attendre quelques heures, pour laisser le malade se remettre du shock initial, mais ne pas dépasser ce délai.

M. Michaux, vu l'absence de signes probants dans la plupart des cas, considère comme néfaste l'expectation armée et conseille la laparotomie précoce. Moty s'est abstenu dans 15 contusions par coup de pied de cheval, et n'a pas eu de décès. M. Doyen (de Reims), conseille de traiter les hémorragies du foie comme le fait Snéguiret, par l'action d'un jet de vapeur, à la fois désinfectant et hémospatique. M. Rioblanc fait observer qu'une laparotomie aseptique n'est en rien nuisible au malade qui n'a pas de lésions profondes et qu'elle peut sauver ceux qui sont gravement atteints. L'intervention doit être large, pour un examen complet, et rapidement faite.

Aug. Benoit.

Traitement de l'occlusion intestinale. (*Société de chirurgie*, 6 et 13 octobre 1897.) — Longue discussion à laquelle ont pris part de nombreux orateurs, mais qui n'est pas de nature à éclairer la religion des praticiens, en pareille matière. Tout d'abord MM. Quénu, Reclus, Lejars viennent apporter des cas d'occlusion par paralysie intestinale guéris par l'anus artificiel. M. Segond déclare qu'il faut avant tout « réduire au minimum le danger de l'intervention et en présence d'accidents pressants, empêcher les malades de mourir ».

Ces opinions ne peuvent satisfaire MM. Michaux, Routier, Hartmann, qui veulent qu'on fasse plus pour les malades, c'est-à-dire qu'on établisse un diagnostic par la laparotomie, si l'on ignore la cause de l'obstruction, qui échappe le plus souvent, contrairement à l'avis de M. Kirmisson. La laparotomie, si elle ne réussit pas à lever l'obstacle, ou qu'elle démontre l'absence de tout obstacle, n'empêche pas l'établissement d'un anus artificiel, sur un point du canal intestinal, que l'on a l'avantage de choisir favorable. M. Felizet déclare à son tour que l'anus artificiel chez l'enfant doit demeurer la méthode de choix, à cause de la vive réaction du péritoine, dans le jeune âge. En résumé, on arrive à se mettre à peu près d'accord sur les points suivants :

Le diagnostic commande avant tout le choix de l'intervention; s'agit-il d'un sujet jeune, pris brusquement des accidents de l'occlusion, dont le ventre reste plat, il faut faire la laparotomie, qui sera exploratrice ou curative selon les cas, ou suivie de l'établissement d'un anus. Si au contraire on a affaire à des adultes ou des vieillards, atteints précédemment des accidents de l'obstruction chronique, l'anus artificiel est la méthode universellement acceptée comme la plus efficace. Si le diagnostic n'est pas posé, les lavements électriques ou ordinaires doivent être toujours conseillés en premier lieu : on fera ensuite la laparotomie pour laver l'obstruction, si c'est possible. Une dernière catégorie de malades comprend ceux qui sont atteints d'accidents remontant à plusieurs jours et hors d'état de supporter la laparotomie. Il faut donc ici faire de propos délibéré l'anus artificiel, qui ne sauvera pas les malades dans bien des cas, mais qui n'aggravera sensiblement pas leur état, d'autant que l'on peut, dans une intervention ultérieure pratiquer une laparotomie curative. Le chirurgien doit donc varier son action, suivant les sujets et suivant son diagnostic.

Aug. Benoit.

Sur le dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os, par J. Faure. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 53.) — L'auteur met en parallèle les avantages des appareils prothétiques après la résection du maxillaire inférieur et ceux qui résultent de la conservation d'une partie du maxillaire indemne pour maintenir la forme de la région, au point de vue plastique, et les rapports des deux mâchoires, au point de vue fonctionnel. Il conclut d'après deux observations que nul appareil prothétique ne donne des résultats comparables à ceux de la résection partielle de l'os, quand elle est possible. Pour cela, il conseille de dédoubler le maxillaire en se bornant à réséquer à la pince emporte-pièce droite ou courbe, selon le cas la partie de l'os, *table interne* ou *table externe*, qui est envahie par le néoplasme, ou simplement suspecte. La voie sus-hyoïdienne, combinée avec la voie buccale lui a permis de mener à bien deux opérations de ce genre, sans délabrement sensible. La condition *sine qua non* d'une telle opération est que l'os ne soit pas envahi dans toute son épaisseur; or le tissu compact du maxillaire, très dense et très serré, arrête longtemps la marche progressive des tumeurs épithéliales, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors. (Cette méthode conservatrice est d'ailleurs mise en pratique par tous les chirurgiens qui enlèvent les tumeurs par morcellement et s'arrêtent lorsqu'ils ont atteint les tissus sains.) L'adhérence cicatricielle peut entraîner quelques troubles de l'élocution, mais la mastication est conservée, ce qui est l'essentiel.

Aug. Benoit.

Traitement des fractures du maxillaire inférieur, par Deroche et Moury. (*La Clinique des hôpitaux de Bruxelles*, 10 juin 1897.) — Quel est le meilleur mode de traitement des fractures du maxillaire inférieur? D'après des observations prises dans les services de MM. Thiriar et Delapierre, les auteurs concluent de la manière suivante : il faut essayer, tout d'abord, les traitements simples, et ne pas recourir d'emblée à la suture osseuse, qui crée une fracture compliquée. La division occupe-t-elle la ligne médiane? La réduction est facile à maintenir par le procédé du fil d'argent enroulé autour des dents inférieures. On peut y joindre une fronde du menton qui empêche tout déplacement en haut. Mais si la fracture siège sur l'une des branches horizontales, il faut un appareil plus solide pour empêcher un chevauchement. D'ailleurs la disposition des dents peut ne pas se prêter à la fixation précitée. On a obtenu des succès en se servant alors d'appareils prothétiques joints à la fronde du menton; c'est un traitement mixte. L'appareil consiste en une gouttière de gutta-percha vulcanisé ou de métal, dont on peut confier la fabrication à un dentiste et qui embrasse toutes les dents inférieures; la fronde empêche, en outre, le déplacement en bas. On peut renforcer son cercle vertical, ou sous-mentonnier d'une élastique, qui permet quelques mouvements indispensables d'écartement des mâchoires. Les malades ne doivent pas parler et ne prennent que des aliments liquides. L'hypersécrétion salivaire produite par la gouttière est passagère, l'économie ne tardant pas à s'habituer à ce corps étranger. Enfin, est-on menacé de pseudarthrose, comme cela est assez fréquent, il demeure la ressource de la suture osseuse, faite avec toutes les précautions antiseptiques d'usage.

Aug. Benoit.

Suture des plaies artérielles. (*XIIe Congrès de Moscou*), par Djémil-Pacha (de Constantinople). — Encore un ancien préjugé qui va disparaître. Nous connaissons depuis longtemps déjà les sutures des plaies veineuses. Voici de curieuses observations, bien dignes d'attirer l'attention, qui démontrent la curabilité par la *restitutio ad integrum* des plaies artérielles. Murphy vient de montrer que, si moins de la moitié de la circonférence artérielle est déchirée, on peut suturer le vaisseau. Dans le cas contraire, il est possible de le réséquer et d'unir les deux bouts par invagination. Nous venons de lire (1) un cas de rupture traumatique de l'artère axillaire, avec ligature des deux bouts, suivi de sphacèle du membre supérieur. Les cas de ce genre ne nécessiteront plus la désarticulation de l'épaule si les résultats publiés par M. Djémil-Pacha, qui s'est inspiré du travail de Murphy, se trouvent définitivement confirmés. Voici les faits : femme de 49 ans: récidive d'un cancer du sein. Deuxième opération; l'artère axillaire est déchirée et la compression digitale arrête l'hémorragie. La plaie, longitudinale, mesurait près de 15 millimètres. Hémostase provisoire en plaçant au-dessus et au-dessous d'elle deux pinces courbes flexibles, dont les mors étaient garnis de gaze stérilisée. Avec l'aiguille de Reverdin courbe, très fine, cinq points de suture sont faits à la soie fine tout près du bord de la déchirure; puis deux points de suture sont placés sur la gaine. Les pinces enlevées, la circulation se fit parfaitement et le pouls radial reparut. Une mèche légèrement compressive, qui avait été laissée en place, en cas d'accident, fut progressivement retirée et la guérison fut complète. Le second cas publié est analogue au premier, avec cette différence que la gaine ayant été détruite, ne put être suturée. Le résultat fut néanmoins excellent; deux mois plus tard, le pouls radial était parfaitement sensible, bien que les pulsations fussent affaiblies.

Aug. Benoit.

Sérothérapie dans les néoplasmes malins. (*Premier Congrès de Moscou.*) — M. Sématzky (de Saint-Pétersbourg) a fait l'essai du traitement sérothérapique dans 22 cas; ses résultats ont toujours été négatifs. Les sérums actuellement usités sont même dangereux. Il souhaite que la médecine expérimentale prépare la voie à une thérapeutique à la fois inoffensive et efficace.

Aug. Benoit.

Traitement des épithéliomas, par Christopher Heath. (In *The Practitioner*, août 1897.) — L'auteur a remarqué une augmentation absolue des cas d'épithéliomas dans la partie supérieure du tube digestif; il l'attribue à deux causes principales : l'habitude de fumer, qui n'a cessé de croître et l'extension progressive de la syphilis dans le peuple anglais, conséquence de l'abolition des « Contagions diseases acts ». Il a observé, en ce qui concerne la langue et les lèvres, la transformation des papillomes en épithéliomas et, d'autre part, il a vu des ulcères rongeurs se développer sur des lésions manifestement syphilitiques de ces parties. On peut distinguer : l'ulcère rongeur (*rodent ulcer.*), ou ulcère fongueux, et l'ulcère ordinaire de Jacob, chirurgien de Dublin. Bien qu'il n'y ait pas d'engorgement ganglionnaire dans ces formes ulcéreuses, on doit, au point de vue du traitement, les consi-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 7 octobre 1897.

dérer comme de vrais épithéliomas. Il faut en faire l'ablation totale, lorsqu'on le peut et, si cela n'est pas possible, les gratter et appliquer des pâtes caustiques. On peut ainsi obtenir des cicatrices fermes et définitives. L'épithélioma du pénis est d'une virulence inférieure à beaucoup d'autres, proclame l'auteur. Si l'on opère à temps, on peut compter sur la guérison radicale. C'est aux médecins à soumettre *le plus tôt possible* ces cas à l'intervention chirurgicale.

AUG. BENOIT.

Traitement du cancer par une méthode nouvelle. (*Medical Record*, 31 juillet 1897.) — BETTON-MASSEY recommande la diffusion interstitielle, par voie électrique, d'oxychlorures de métaux à l'état naissant : il s'agit de phénomènes de cataphorèse, le chlore et l'oxygène des tissus en contact avec l'électrode métallique se combinant avec cette dernière pour former des oxychlorures qui pénètrent les tissus. C'est au pôle positif seul que se produisent ces phénomènes, et la meilleure électrode semble être celle en or recouvert de mercure : ce dernier devra être renouvelé avant chaque opération nouvelle.

Le pôle négatif, indifférent, à large surface, s'applique en un point quelconque de la surface cutanée.

Quand on veut détruire une tumeur (sarcome, par exemple) en une seule séance, on chloroformera le malade : on enfoncera plusieurs électrodes métalliques en fer de lance dans les parties périphériques de la tumeur, à l'endroit précis où cesse l'infiltration : toutes les électrodes sont reliées au pôle positif. Le pôle négatif sera imbibé d'une solution d'un sel toxique, à radical électro-négatif (arsénite de potasse, par exemple), et appliqué sur la partie centrale de la tumeur. On fait ensuite passer un courant de mille milliampères environ pendant cinq à quinze minutes, suivant le volume du néoplasme, puis on panse avec une pommade à l'acétanilide.

Cette méthode permet de détruire les cellules cancéreuses, moins résistantes que le tissu sain à l'action des produits chimiques à l'état naissant qui infiltrent beaucoup plus facilement les espaces intercellulaires que le tissu conjonctif normal.

Les 8 cas soumis à ce genre nouveau de cataphorèse ressortissent à des sarcomes, des carcinomes et des épithéliomas cutanés : ils ont donné 2 guérisons définitives, 2 guérisons probables, 2 améliorations et 2 insuccès.

E. VOGT.

Des ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables, par TUFFIER. (*XIe Congrès français de chirurgie*, 1897.) — Ancienne méthode que l'auteur veut remettre en honneur, en la faisant bénéficier de l'asepsie. Les néoplasmes pédiculés sont évidemment ceux qui peuvent en retirer le plus d'avantage. Il a pu ainsi améliorer considérablement un cancer de l'utérus inopérable par la ligature des quatre pédicules (utéro-ovariens et utérins). M. BOUSQUET (de Clermont) raconte qu'il a vu Broca employer, avec des résultats remarquables les ligatures atrophiantes pour le traitement des néoplasmes de la face. M. HARTMANN n'a pas réussi contre le cancer; mais pour les fibromes utérins, il a obtenu des succès remarquables par la ligature d'un seul pédicule.

AUG. BENOIT.

Nouveau procédé de traitement opératoire des hernies de la ligne blanche. (*Gazette de Botkine*, n° 17, 1897.) — Il s'agit des hernies de la ligne blanche, qui se forment après une laparotomie. PAVLOFF a employé dans ces cas un procédé particulier, dont voici les traits principaux : à une certaine distance de l'anneau herniaire, on fait, des deux côtés, des incisions cutanées identiques, qui sont ensuite suturées : on forme ainsi un pont cutané, situé sur l'anneau herniaire, ce qui empêche ce dernier de se dilater.

B. TAFT.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Les bains chauds dans le traitement de la pneumonie. (*The Universal med. Journal*, juillet 1897.) — EICHBERG (de Cincinatti) est fort satisfait de l'application systématique de la balnéation chaude dans la pneumonie. Au début de ses essais, il se dirigeait sur l'étude de la courbe thermique, et donnait un bain chaque fois que la température atteignait 39°,4 : actuellement, il administre un bain toutes les trois heures, sans tenir compte de la température. Les effets sur le pouls, le délire, la fréquence des mouvements respiratoires sont remarquables : les malades arrivent rapidement à pouvoir dormir. Le bain, d'une durée de dix minutes, doit avoir une température minima de 32° et maxima de 43°, suivant les circonstances.

E. VOGT.

Traitement de la tuberculose pulmonaire (*Congrès de Moscou*, in *Rev. méd.*, 1897.) — M. Ziemssen (de Munich) distingue deux formes de traitement de la tuberculose : le traitement spécifique et l'aérothérapie. Pour ce qui concerne le premier, l'auteur a employé la tuberculine de Koch sans résultat. Pour la seconde, il distingue le séjour sur les hauteurs et le séjour dans la plaine. Les deux présentent, comme avantages particuliers, l'absence de germes et de poussières, une proportion plus grande d'ozone, une pression atmosphérique moindre, moins de mouvements atmosphériques et, par suite, moins de vents et de courants d'air, et une action plus énergique des rayons du soleil. Cependant, les fiévreux supportent mal ce climat; le voyage fatigant et l'isolement sont également difficiles à supporter. Et, d'ailleurs, la plupart des avantages que présente le séjour sur les hauteurs se rencontreraient également dans la plaine, dans les bois, si on établissait des sanatoria suivant les conseils de Brehmer, et en nombre considérable.

M. Leyden n'a pas encore obtenu de meilleurs résultats avec la nouvelle tuberculine qu'avec les autres méthodes. Actuellement, il ne voudrait pas émettre une opinion définitive sur la valeur du nouveau remède. Cependant, il ne faut pas en espérer beaucoup de succès dans la thérapeutique de la phtisie.

On pourra, plus tard, rejeter à l'arrière-plan le traitement de la phtisie par le climat, et il est fort possible que, dans quelque temps d'ici, on trouve un spécifique de la tuberculose. Les résultats du traitement par le climat sont acquis. Le mouvement vers les sanatoria ne doit donc pas subir d'arrêt par suite de l'examen par la tuberculine. On ne doit pas attribuer un effet spécifique à toute espèce de climat. Le climat de la montagne doit toujours être préféré, parce qu'il est plus rigoureux et fortifie mieux le corps. Enfin, on doit insister sur ce fait qu'il faut guérir le malade dans le climat même qu'il doit habiter ultérieurement.

M. Senator (de Berlin) a employé la tuberculine dans une douzaine de cas, et il a observé dans quelques uns une aggravation des symptômes, dans d'autres l'apparition de la fièvre. On ne peut donc rien espérer de ce procédé de traitement; d'ailleurs, le traitement par le climat est excellent dans certaines circonstances. A ce point de vue, le séjour sur les hauteurs présente quelques avantages sur celui de la plaine; mais il convient plutôt à ceux qui sont soupçonnés de tuberculose, ou à ceux qui en sont au premier degré. L'hémoptysie n'empêche pas ce séjour, quand elle n'est pas considérable. L'auteur considère également le climat du bord de la mer, qui se distingue par une faible pression atmosphérique et par l'humidité, et qui convient à certaines formes de phtisie. Quant aux sanatoria, il faut en construire de petits, mais en grand nombre. Enfin, M. Senator a mis en question l'installation sur l'eau de sanatoria flottants.

R. Blondel.

Ophtalmologie.

Dr Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Quatre cas de cancer des paupières traités par le chélidonium majus. (*Vestnik ophtalmologi*, nos 5 et 6, 1897.) — Kraisky rapporte quatre cas de carcinome des paupières et du visage où il a eu recours au chélidonium majus. Le résultat obtenu est très satisfaisant : dans deux cas, la néoformation a complètement disparu ; dans les deux autres, il y a eu amélioration. La nécrose de la néoformation et la cicatrisation commençaient déjà au bout d'une ou de deux semaines.

On commençait le traitement par l'injection, dans quelques points se trouvant à la limite de la tumeur et des tissus sains, d'un mélange égal d'extrait de chélidonium, d'eau stérilisée et de glycérine, en quantité de 25 à 50 centigrammes. On complétait le traitement par des badigeonnages pratiqués deux fois par jour, suivis de pansement, avec une solution glycérinée de 50 0/0 d'extrait de chélidonium. L'extrait de chélidonium ne détruit pas le tissu sain et est facilement supporté par la conjonctive.

La réaction qui suivait l'injection, n'était pas bien prononcée : douleur au point de l'injection pendant quelques heures, état fébrile (dans deux cas seulement) et tuméfaction considérable des tissus voisins de la néoformation. Enfin, dans un cas, il y a eu de la suppuration aux points d'injection.

Ces observations amènent l'auteur à conclure à la spécificité du chélidonium majus dans le carcinome.

B. Taft.

Traitement du trachome par l'iodure d'argent à l'état naissant. (*Journal russe de médecine militaire*, n° 6, 1897.) — Vassilenko emploie le procédé suivant. Il fait préparer deux solutions d'après les formules ci-dessous :

1° Nitrate d'argent cristallisé.....	ãã 6 grammes
Eau distillée.....	
Glycérine.....	12 —

2° Iodure de potassium... } ãã 6 grammes.
Eau distillée..... }
Glycérine..... 12 —

On fait tomber sur la muqueuse palpébrale, d'abord trois gouttes de la deuxième solution, ensuite, trois gouttes de la première solution. Il se forme ainsi de l'iodure d'argent. Pour que cette formation soit plus rapide, on mélange les deux solutions sur la muqueuse palpébrale à l'aide d'un pinceau ouaté. Au bout d'une demie à une minute, on enlève l'excès des solutions en lavant la muqueuse avec une solution boriquée à 3 0/0. La douleur ressentie par le malade dure à peine deux à trois minutes; elle diminue par la suite.

L'auteur a employé ce procédé avec succès dans le traitement du trachome, soit dans les formes légères, soit dans les formes graves, et particulièrement dans ces dernières. Le résultat est plus manifeste dans les premiers temps, car à la longue l'organisme s'habitue et le traitement agit moins bien. C'est pour cela que l'auteur conseille de suspendre le traitement de temps en temps.

La durée du traitement diminue avec ce procédé.

Les complications ne constituent pas une contre-indication du traitement (par exemple dans les kératites).

D'une façon générale, le trachome guérit en l'espace d'un ou deux mois, suivant la gravité du cas. Le trachome sec résiste plus longtemps au traitement. Quant à la terminaison de la maladie, elle est la même que dans d'autres méthodes de traitement : il se forme des cicatrices. Toutefois, les cicatrices sont superficielles et délicates. Le trachome des commissures est plus rebelle.

B. Taft.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr CASTEX
Chargé d'un cours auxiliaire à la Faculté.
Ancien prosecteur.

L'ichtyol dans un cas d'otite moyenne purulente chronique. (*Medical Record*, 15 juillet 1897.) — Kilmer donne l'observation d'un enfant de 6 ans, atteint depuis sept mois d'otite moyenne purulente avec poussées aiguës : le tympan présentait une perforation dans le segment postéro-inférieur. Après un nettoyage à l'eau chaude, l'auteur appliqua un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'ichtyol à 3 0/0 sur le tympan : par-dessus, un tampon d'ouate sèche. Le pansement fut changé deux jours après; les douleurs avaient disparu, l'écoulement avait diminué : après le troisième pansement, l'écoulement cessa entièrement et les douleurs ne reparurent plus.

E. Vogt.

Sur le traitement des sinusites (maxillaire excepté). (*Congrès de Moscou.*) — M. Moure, rapporteur. — Il est nécessaire d'établir tout d'abord les types cliniques principaux que l'on est susceptible de rencontrer dans les inflammations suppuratives des cavités annexes de la face.

Elles se divisent en formes muqueuse ou mucopurulente, fongueuse et osseuse, cette dernière comprenant l'existence de trajets fistuleux plus ou moins persistants et des déformations externes caractéristiques de ces lésions.

Dans les sinusites ethmoïdales, la forme *muqueuse*, caractérisée par un simple gonflement passager de la pituitaire, avec écoulement plus ou moins abondant et plus ou moins épais, ne nécessite habituellement qu'un simple traitement médical (pulvérisations, pommade dans le nez, au besoin quelque fumigations ou même des cautérisations avec des solutions de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc).

La forme *fongueuse* réclame une intervention plus énergique, qui doit consister à supprimer les fongosités, et surtout les travées osseuses séparant les cellules ethmoïdales. Cette opération se pratique avec la cuiller tranchante, la curette, le galvano-cautère, le serre-nœud à froid, ou mieux encore avec une pince coupante qui permet de suivre pas à pas l'opération et d'enlever toutes les portions de tissu malade, sans aller au delà du point sur lequel on désire agir. Si l'écoulement de sang était trop abondant, on n'hésiterait pas à faire un tamponnement momentané avec une lanière de gaze iodoformée, mais il faut autant que possible ne pas tamponner systématiquement les fosses nasales des opérés, ces tampons irritant trop la muqueuse pituitaire et activant la sécrétion au lieu de l'arrêter.

La forme *osseuse* avec trajet fistuleux extérieur doit être traitée par la voie externe, ainsi que l'a déjà depuis longtemps conseillé Knapp (de New-York). En général, l'incision sera faite dans l'angle interne de l'œil; un curettage soigneux de la plaie sera pratiqué, et ce dernier devra être complété par le traitement endo-nasal, qui permettra d'enlever des parties osseuses ou des fongosités que l'on n'aurait pu voir pendant l'opération par la voie externe.

Lorsque la chose est possible, on suture dans

ces cas la plaie cutanée pour laisser simplement l'écoulement se faire par la voie nasale, laquelle offre un drainage très suffisant pour assurer l'écoulement des produits de sécrétion après l'opération.

Le suintement muqueux ou muco-purulent que l'on observe dans les sinusites frontales ne nécessite guère de traitement bien actif. En pareil cas on se contentera d'assurer la perméabilité du canal naso-frontal et au besoin d'aider l'évacuation des sécrétions contenues dans l'intérieur de cette cavité par des injections d'air simple (Hartmann) ou d'air mentholé (Cuyé). Quelques pulvérisations ou le traitement exposé plus haut à propos des sinusites ethmoïdales pourront aussi être mis en œuvre.

La forme fongueuse réclame la suppression, à la pince coupante ou à la curette de toutes les fongosités qui tapissent l'entrée de l'infundibulum et du canal naso-frontal. Le lavage direct de la cavité, lorsqu'il est possible, offre une solution acceptable : mais si toutefois il ne donnait pas de résultat rapide et définitif, il ne faudrait pas, comme l'ont conseillé quelques auteurs, agir chirurgicalement par la voie endo-nasale, qui est dangereuse. Moure n'hésite pas, en semblable occurrence, à pratiquer l'opération par la voie externe : la méthode Ogston-Luc paraît être le procédé le plus simple, le plus commode, le plus rapide et le plus définitif pour arriver au résultat cherché. Il m'arrive même de supprimer le drain intérieur au bout de cinq ou six jours, et de ne pas faire d'injections dans la cavité frontale, une fois l'opération terminée.

La forme osseuse et fistuleuse réclamera le même traitement que la précédente.

Les sinusites sphénoïdales légères simulent en général le catarrhe naso-pharyngien, et l'on n'a guère à intervenir dans ces cas. La forme fongueuse, bien connue aujourd'hui, est justiciable de l'ouverture du sinus, suivie du raclage et du curettage de la cavité sphénoïdale. Ordinairement, pour avoir un meilleur accès dans l'intérieur du sinus, l'auteur extirpe tout ou partie du cornet moyen, qui masque à la vue l'entrée de cette cavité : quelquefois même cette simple suppression suffit pour guérir la sinusite.

Dans les sinusites combinées, à forme fongueuse, on est souvent obligé d'employer la voie externe et la voie endo-nasale qui se complètent l'une l'autre, parce que, habituellement, lorsqu'on voit le malade, il est déjà porteur d'un trajet fistuleux externe conduisant, vers l'intérieur des fosses nasales, sur les lésions diffuses dont celles-ci sont atteintes. M. Moure propose même dans ces cas — si la chose est possible, bien entendu — de suturer complètement la plaie cutanée, de façon à avoir une réunion par première intention, l'écoulement des sécrétions post-opératoires devant se faire facilement par l'intérieur du nez.

Enfin, on se souviendra qu'il faut autant que possible éviter le tamponnement des fosses nasales, et n'employer ce dernier que si l'hémorragie est trop considérable, mais non dans un but thérapeutique.

R. Blondel.

Traitement des papillomes du larynx par le phénol sulforiciné. (*Gazeta Lekarska*, mars et avril 1897.) — Guéringue (de Varsovie) insiste sur de bons résultats qu'on obtient dans les papillomes du larynx par le phénol sulfo-riciné. Il cite cinq cas, dont quatre personnels. L'âge des malades variait de 7 à 58 ans. Les tumeurs étaient de volume différent et étaient situées le plus souvent sur les cordes vocales, plus rarement sur les cartilages de Santorini. Dans deux cas il y avait encore, à part la raucité de la voix, de la difficulté de respirer. Chez tous les malades, malgré l'application des méthodes de traitement habituelles, il y a eu des récidives.

Guéringue commença à employer le phénol sulfo-riciné, en solution de 30 0/0, sous forme de badigeonnages pratiqués plusieurs fois par semaine. Le traitement durait en moyenne de deux à quatre semaines.

Dans tous les cas le résultat obtenu fut frappant : les tumeurs disparurent complètement, la voix devint absolument pure ; la respiration, là où elle était gênée, redevint normale.

L'auteur insiste sur ce point, que les tumeurs d'origine récente disparaissaient déjà après quelques badigeonnages. Dans les cas où il existe des papillomes volumineux et de consistance solide, le phénol ne saurait, d'après l'auteur, éviter au malade une intervention chirurgicale.

B. Taft.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement de la perlèche, par Desfosses. (*Presse médicale*, 26 mai 1897.) — La perlèche ou pourlèche est ainsi nommée à cause de la sensation de cuisson qu'elle occasionne et qui oblige les enfants à se lécher les lèvres, à se pourlécher. Elle est caractérisée par une altération épidermique, une lésion fissuraire occupant la commissure des lèvres. A la période d'état, elle est constituée par une plaque blanchâtre et macérée, également étendue sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure, et une

fissure divisant la plaque en deux parties égales. C'est surtout une affection de l'enfance, mais elle peut également atteindre les adultes.

La première description de la perlèche date seulement de 1886 ; elle est due à Lemaistre (de Limoges). Son pronostic est bénin, mais elle est gênante pour l'enfant et elle est éminemment contagieuse. C'est une maladie microbienne qui n'est pas due à un microbe spécifique (le streptococcus plicatilis) comme l'a avancé Lemaistre, mais qui paraît pouvoir être produite par plusieurs espèces de microbes, notamment par le staphylococcus albus.

La contagion de la perlèche se fait par des voies multiples : le baiser est un des modes les plus fréquents ; le crayon et le porte-plume portés à la bouche, les objets de table communs à plusieurs enfants, etc., sont les causes des épidémies d'école ou de pensionnats.

Le traitement est simple : Lemaistre touchait les commissures malades avec des cristaux d'alun ou de sulfate de cuivre, Malherbe recouvrait la lésion avec une pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre. Brocq recommande de faire des onctions avec la vaseline boriquée au 1/10.

Le traitement que préconise Planche repose sur l'emploi de la solution de nitrate d'argent au 1/50 en badigeonnages sur la commissure atteinte. On se sert pour cela d'un pinceau d'aquarelle. La cautérisation faite on appliquera, soir et matin, de la vaseline boriquée, ou de la pommade à l'acide salicylique à 1 0/0 ou à la résorcine à 5 0/0, et on fera des lavages avec de l'eau bouillie ou très légèrement antiseptique.

G. Lyon.

Action de la franklinisation sur l'impétigo. (*Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, mai 1897.) — A l'appui du rôle eutrophique joué par l'électricité dans les dermites même microbiennes, comme les pyodermites pustuleuses, vient encore la publication de M. Doumer (de Lille).

Au cours de recherches que Leloir et lui avaient faites sur le traitement de l'eczéma par l'effluvation, il avait constaté que ce mode de traitement n'agissait pas seulement sur les eczémas où le système nerveux joue un rôle prépondérant, mais encore sur des formes qui se rapprochent de l'impétigo vulgaire et que l'on désigne communément sous le nom d'*eczémas impétigineux*. J'ai été ainsi conduit à essayer la franklinisation dans l'*impétigo* pur.

Ayant eu à traiter plusieurs cas d'impétigo pur, l'auteur en conclut aujourd'hui que la franklinisation exerce une action favorable manifeste sur cette affection ; que souvent dès la première séance, presque toujours dès la seconde, l'érythème qui accompagne les croûtes pâlit et disparaît ; qu'en très peu de temps, ces croûtes deviennent moins humides et qu'elles se détachent pour laisser à leur place une peau légèrement rosée qui ne tarde pas à reprendre sa couleur normale.

Morel-Lavallée.

Cautérisation par l'air chaud, plus spécialement dans les cas de lupus vulgaire. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 43, 1897.) — Hollander rappelle qu'on a déjà essayé, il y a trois ans, de traiter le lupus par la vapeur d'eau bouillante : les résultats ont été négatifs, car l'action en profondeur se trouvait enrayée par l'accumulation de gouttelettes d'eau sur la surface à traiter. L'auteur a donc abandonné les essais dans ce sens et, cherchant toujours à obtenir une élévation graduelle de la température dans les parties lésées, en allant de la brûlure au premier degré jusqu'à la carbonisation, il a adopté un dispositif spécial (tube métallique porté au rouge, à travers lequel on chasse un courant d'air ; la température de l'air, à la sortie, peut atteindre 300°).

L'escarre des parties saines diffère nettement de celle des parties atteintes de lupus ; sous l'influence du courant d'air chaud, les parties saines deviennent tout à fait exangues et se rétractent ; les lupomes non anémiés font, au contraire, saillie et l'air chaud les atteint plus directement. Quelques jours après la séance, les parties saines ont recouvré tout ou partie de leur circulation normale, tandis que les parties malades nécrosées sont éliminées. La cicatrisation partira en conséquence d'ilôts de tissu sain disséminés sur toute la surface du lupus, d'où cicatrice non rétractile et souple, au lieu d'une cicatrice partant du pourtour du lupus, comme on l'obtient avec les autres méthodes.

Le pansement consiste en lanoline boriquée ; le premier pansement restera trois ou quatre jours en place ; l'odeur qui s'en dégage est nauséabonde, mais elle disparaît après élimination des parties nécrosées. On activera la cicatrisation en badigeonnant les points auparavant malades avec une solution de nitrate d'argent à 3 0/0 ; le processus cicatriciel évolue rapidement et il faut attendre ; avant de faire une nouvelle séance, qu'il soit entièrement terminé.

Sur dix cas traités, pas de récidive ; on voit parfois réapparaître de nouveaux foyers, mais ils sont toujours de faibles dimensions et cèdent à une seule séance de cautérisation.

Les photographies qui accompagnent le travail de Hollander sont fort instructives ; on ne voit nulle part de cicatrices rétractant les pau-

pières, mais bien une surface lisse parsemée de petits renflements représentant les points où le lupus n'a pas encore été entièrement détruit.

La méthode est appliquée par l'auteur depuis deux ans environ.

E. Vogt.

La lèpre et son traitement par la sérothérapie. (*Académie de médecine*, 5 octobre 1897.) — M. Olaya Laverde (de Bucadramanga, Colombie) a envoyé à l'Académie un long mémoire sur le procédé qu'il emploie et qui est différent de celui du médecin de Bogota, en ce sens qu'il prépare ses animaux en leur injectant sous la peau du suc de lépromes fraîchement extirpés à des malades en pleine efflorescence de la maladie. Ces animaux éprouvent toujours une assez forte réaction générale, qui disparaît complètement au bout de cinq à six jours. Le sang de ces animaux, saignés lorsqu'ils sont revenus en pleine santé, est recueilli aseptiquement et injecté suivant les règles ordinaires; les accidents opératoires sont exceptionnels et de peu de gravité.

Les malades éprouvent à la première injection une réaction fébrile assez forte avec malaise, douleurs dans les reins et dans le ventre; quelquefois on observe de la diarrhée; cette réaction commence six heures après l'injection et se termine au bout de douze heures à trois et six jours, suivant les cas, par une transpiration abondante, sentiment de bien-être et retour de l'appétit.

Les résultats thérapeutiques sont très manifestes et portant sur tous les symptômes à la fois. Système nerveux : disparition de l'anesthésie, des douleurs erratiques ou articulaires et des parésies. — Muqueuses : rétablissement de la respiration nasale, disparition de l'ozène et de l'anosmie, guérison des blépharites, des ulcères de la conjonctive et de la cornée. — Peau : rétablissement de la sécrétion sudorale, réapparition des poils, de la barbe, des sourcils, guérison rapide des ulcères étendus, disparition des lépromes par résorption.

Disparition des bacilles dans les parties de la peau précédemment infiltrées de lépromes, où on les constate d'habitude avec facilité.

La durée du traitement est de trois mois à un an au plus.

Jusqu'à présent les améliorations ont été constantes sur 60 cas. Six malades peuvent être considérés comme guéris. Leur guérison se maintient depuis un an. L'avenir seul fera connaître si les guérisons sont définitives, et si la majorité des malades peut arriver à la guérison complete ou à une amélioration relative. Ces résultats permettent d'employer concurremment avec la sérothérapie les procédés thérapeutiques ordinaires, tels que les cautérisations ignées l'hygiène alimentaire et générale et les médications techniques. L'auteur fait une mention spéciale pour les lavages du sang pratiqués en injectant des doses massives de sérum normal dans le tissu cellulaire, ou du sérum artificiel dans une veine; ces procédés semblent un adjuvant très précieux de la sérothérapie.

R. Blondel.

Traitement précoce de la syphilis. (*Congrès de Moscou.*) — M. Barthélemy. — « Aussitôt que le diagnostic de syphilis est certain, donner le mercure. Savoir, au contraire, s'abstenir de toute médication spécifique, tant qu'il reste un doute sur la nature du mal. » Voilà les deux règles dont le praticien ne doit plus se départir; dans le doute, il faut s'abstenir; mais, dès que la contamination spécifique est démontrée, il y a lieu de commencer, et sans plus de délai, le traitement mercuriel. L'iodure est un précieux médicament, mais infiniment moins actif, presque secondaire dans la syphilis, comparativement au mercure. C'est par celui-ci qu'on secourt le plus puissamment l'organisme envahi par l'agent virulent de la syphilis (atténuation de la virulence, suppression du tertiarisme, etc.), à condition qu'il soit employé à dose suffisante pendant un temps assez prolongé et le plus tôt possible; voilà les trois conditions.

Jadis les frictions mercurielles étaient considérées, à juste titre, comme la médication héroïque. Aujourd'hui les injections mercurielles insolubles, hebdomadaires, par conséquent intrafessières, constituent le moyen le plus énergique de lutter contre la vérole, soit l'huile au calomel (5 centigrammes par gramme), soit l'huile grise (trois gouttes et demie) ou 7 centigrammes de mercure métallique par dose, selon la bienfaisante formule de Lang : huit mois pendant la première année d'infection; six mois pendant la deuxième; trois mois pendant la troisième, un an de repos : puis reprendre deux mois pendant chacune des trois années suivantes, voilà la prescription courante, à moins d'indication spéciale.

Les injections solubles sous-cutanées, soit de cyanure d'hydrargyre (solution aqueuse à 1 0/0), soit de biiodure d'hydrargyre (1 centigramme par gramme d'huile), devant être renouvelées tous les deux jours, ne peuvent être admises comme système courant de traitement prolongé.

R. Blondel.

Petite chirurgie dermatologique; indications des méthodes chirurgicales dans le lupus, par Brocq. (*Presse médicale*, n° 66, p. 81, 1897.) — Dès l'année 1880, on traitait par le raclage et la

scarification un nombre considérable de lupus, sous l'impulsion de Vidal, médecin de Saint-Louis, qui avait adopté avec empressement dans son service la méthode des scarifications, déjà employée sur une large échelle en Allemagne.

En 1883 parurent deux articles signés de noms autorisés, accusant la méthode sanglante de favoriser la généralisation de la tuberculose : l'un était de M. Aubert (de Lyon); l'autre, de M. E. Besnier.

M. Brocq n'est pas de cet avis; il faut tenir compte tout d'abord de ce fait que le lupus vulgaire typique n'est pas tout à fait comparable aux autres tuberculoses chirurgicales à haute virulence. On sait, en effet, combien les bacilles sont rares et difficiles à mettre en évidence dans le tissu lupique, et il se peut, en outre, qu'ils y soient dans un état spécial d'atténuation (comme semblent l'établir les recherches de Cornil et Leloir).

D'autre part, sur les très nombreux cas traités par la scarification dans le service de M. E. Vidal (environ quatre-vingts par semaine), jamais M. Brocq n'a observé un seul cas de généralisation tuberculeuse. Dans sa pratique personnelle il n'a constaté que trois cas d'infection viscérale tuberculeuse chez des lupiques.

En somme, l'infection viscérale ne semble pas se produire avec une plus grande fréquence chez les sujets traités par la scarification que chez ceux qui sont soignés par d'autres méthodes.

Un auteur belge, Dubois-Havenilh, établit même dans sa thèse que dans les cas rares où la tuberculose pulmonaire s'est manifestée ou aggravée après la guérison d'un lupus, on avait toujours employé les méthodes ignées.

Enfin la généralisation tuberculeuse peut se produire chez des sujets qui n'ont subi d'intervention d'aucune sorte; de sorte que, lorsqu'elle se produit, il faut la considérer, non comme un effet du traitement, mais bien comme l'évolution naturelle d'une infection particulièrement virulente, ou plutôt comme la marque d'une diminution de la résistance de l'organisme.

En instituant le traitement, il sera sage de différer la médication locale jusqu'à ce que l'état général soit redevenu bon, grâce à une médication appropriée. Si le malade présente des lésions viscérales graves, il sera logique de ne s'occuper que de ces dernières manifestations, les plus importantes au point de vue de l'existence.

G. Lyon.

Petite chirurgie dermatologique; le raclage, par Brocq. (*Presse médicale*, n° 75, p. 151, 1897.) — Le raclage comprend deux variétés : la rugination et le curettage.

La rugination est un simple grattage destiné à détruire des productions morbides, faisant relief au-dessus de la peau, ou étendues en nappe à la surface des téguments.

Elle doit être pratiquée parallèlement à ceux-ci et n'entamer le derme en profondeur, qu'autant que cela est nécessaire pour atteindre la limite des tissus pathologiques.

Dans certains cas, la rugination peut constituer à elle seule toute l'opération; il en est ainsi, par exemple, quand on se trouve en présence de petites tumeurs saillantes ou superficielles et circonscrites, comme un papillome, une verrue, un molluscum, etc.

S'il s'agit au contraire de lesions plus profondes, diffuses, disséminées dans le derme, la rugination ne représente que le premier temps de l'opération; elle doit être complétée par le curettage.

Le curettage permet d'énucléer jusqu'aux petites parcelles de tissu morbide qui y sont enchâssées. La main est guidée, dans ces manœuvres, par la différence de consistance qui distingue le tissu normal du tissu pathologique; le plus souvent, en effet, celui-ci est mou, friable, contrastant par son manque de résistance avec la fermeté des parties saines.

On se sert pour le curettage de la curette de Balsanno-Squire, de la curette fenêtrée de M. E. Besnier, ou de la curette ds Volkmann modifiée par E. Vidal. Elle a la forme d'un croissant; la lame à deux tranchants est courbée sur le plat en forme de faucille, et l'extrémité libre forme un bec, un crochet à la fois aigu et tranchant.

Il est difficile de décrire le manuel opératoire du curettage, celui-ci pouvant se faire dans un grand nombre de lésions différentes.

Quand on veut enlever totalement par le grattage une néoplasie et surtout quand il s'agit de productions morbides infiltrant le derme, on abrase d'abord les tissus malades en bloc avec une grosse curette, puis on parcourt de nouveau toute la surface du mal avec de petites curettes.

L'hémostase se fait en exerçant de la compression à l'aide d'ouate ordinaire (et non de coton hydrophile). On peut augmenter l'efficacité du tamponnement en lui associant certaines substances hémostatiques, parmi lesquelles l'antipyrine est la plus recommandable. Employée soit en poudre, soit en solution au 1/5 ou au 1/10, l'antipyrine réussit très bien dans les petites hémorragies capillaires.

Le raclage constitue une méthode de choix pour le molluscum contagiosum, pour l'épithélioma superficiel, pour le tubercule anatomique et le lupus scléreux papillomateux.

Il peut rendre de grands services dans le traitement des verrues, des divers papillomes, des kératodermies, du lupus vulgaire non exedens.

G. Lyon.

Petite chirurgie dermatologique : indications du raclage, par Brocq. (*Presse médicale*, n° 80, p. 193, 1897.) — *Verrues, papillomes.* — Pour les verrues, les papillomes et autres petites tumeurs bénignes analogues, la méthode de choix est la destruction au galvano-cautère; mais, le raclage donne aussi de bons résultats.

Une fois le raclage fait et l'hémostase obtenue, l'on touche la petite plaie avec une des solutions antiseptiques usuelles (sublimé, acide phénique ou acide borique); puis, on la recouvre d'un emplâtre. On emploiera d'abord l'emplâtre à la glu de Besnier ou l'emplâtre à l'oxyde de zinc simple. Au bout de quelques jours, s'il reste quelques vestiges de la néoplasie, on applique l'emplâtre à l'oyde de zinc salicylé, ou l'emplâtre salicylé-créosoté. A défaut de ces emplâtres, l'emplâtre rouge de Vidal rendra de grands services.

Molluscum contagiosum. — On enlève la petite néoplasie d'un coup de curette. On cautérise immédiatement avec de l'alcool camphré ou avec une solution de nitrate d'argent au 1/15; puis, on fait le même pansement que pour les verrues.

Epithélioma superficiel. — Le raclage est la méthode de choix. Pour faire l'anesthésie locale, il faut employer la cocaïne, car les méthodes de congélation sont contre-indiquées; mais, quand c'est possible, il vaut mieux se passer d'anesthésie locale.

On commence par aseptiser la surface à opérer avec un savonnage léger, puis des lavages à la liqueur de Van Swieten. On racle ensuite soigneusement toute la surface malade, en empiétant largement sur les bords apparents, avec une curette assez volumineuse; on ne s'arrête que lorsqu'on éprouve sous l'instrument la sensation de tissus résistants. On parcourt de nouveau toute la surface avec une petite curette.

On fait l'hémostase avec de l'ouate aseptique. Quand l'écoulement sanguin est arrêté on lave soigneusement la plaie à l'eau boriquée, puis on applique sur elle des tampons d'ouate hydrophile aseptique imbibés d'une solution de cocaïne au 1/20. Au bout de quelques minutes, on recouvre toute la plaie avec du chlorate de potasse porphyrisé, que l'on maintient en place avec un ou plusieurs morceaux superposés de taffetas Marinier.

Au bout de douze heures, on panse de nouveau; on lave avec une solution faible de résorcine, et on refait une application de chlorate de potasse, comme la première fois. Ce même pansement doit être répété pendant deux jours, en tout, trois ou quatre fois. Après quarante-huit heures environ il convient de passer aux pansements cicatrisants, avec les poudres d'iodol ou d'aristol.

Par ce moyen on a des guérisons temporaires qui se maintiennent pendant deux ou trois ans, parfois même pendant quatre ou cinq ans.

Lupus vulgaire. — Dans le tubercule anatomique on racle avec soin la lésion, on cautérise la plaie avec une solution à parties égales de chlorure de zinc dans l'alcool, enfin on applique un pansement iodoformé que l'on échange tous les deux ou trois jours seulement.

Lupus vulgaire non exedens. — Le traitement est le même.

G. Lyon.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Castration et hypertrophie de la prostate. (*Association française d'urologie.*) — M. Carlier (de Lille), rapporteur. — MM. Ramm (de Christiania) et White (de Philadelphie) sont les premiers chirurgiens qui proposèrent et firent la castration comme mode de traitement de l'hypertrophie de la prostate. C'est en établissant à tort une analogie entre l'hypertrophie prostatique et le fibro-myome utérin, que ces auteurs eurent l'idée de remédier à l'hypertrophie prostatique par la castration, de même qu'on enlevait les ovaires dans les myomes utérins.

Les succès obtenus établissaient nettement les relations intimes qui existent entre la prostate et les testicules. C'était là, d'ailleurs, un fait connu depuis longtemps, puisqu'on retrouve dans Godart, Curling, Gosselin et Harrison, des observations démontrant que, « chez les personnes castrées, la prostate arrive à un état rudimentaire ».

Mais cette solidarité entre le testicule et la prostate ne s'accuse guère avant la puberté; ce n'est qu'à ce moment que la prostate devient une vraie glande génitale, dont le développement marche de pair avec celui du testicule.

Cependant, le volume de la prostate n'est pas forcément en rapport avec celui des testicules. Ces derniers organes ne sont-ils pas énormes chez le taureau, le bouc et le bélier, dont la prostate offre, par contraste, des dimensions minuscules?

En expérimentant sur le chien, on voit que la castration est ordinairement suivie de l'atrophie des éléments glandulaires de la prostate; mais cette atrophie ne se peut bien constater qu'à l'aide du microscope. Tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point (White, Kirby, Launois, Guyon, Legueu, Albarran, Bazy). Il ne faut surtout pas oublier la variabilité extrême du volume de la prostate dans l'espèce canine; c'est ce qui nécessite l'emploi du microscope pour affirmer l'atrophie des éléments glandulaires.

En examinant ce qui se passe chez l'homme soumis à la castration double, on constate souvent des résultats analogues.

Chez les eunuques châtrés avant la puberté, la prostate ne se développe pas; elle s'atrophie le plus souvent chez l'individu pubère auquel on enlève les deux testicules.

Les résultats seraient moins probants lors de castration unilatérale pratiquée sur un sujet adulte. M. Bazy croit qu'un seul testicule suffit pour maintenir l'intégrité prostatique; mais il ne paraît pas douteux que la castration unilatérale amène une atrophie du lobe prostatique correspondant (Launois, Routier, Carlier).

C'est en se basant sur ces observations anatomiques et cliniques que l'on recourut à la castration double comme méthode curative de l'hypertrophie de la prostate.

Les malades opérés sont nombreux; on en compte actuellement plus de 500. Les résultats obtenus sont extrêmement variables.

Il est des cas incontestables de guérison radicale, avec rétablissement intégral de la fonction urinaire, atrophie complète de la prostate, et même guérison des complications. D'autres malades ont recouvré la facilité de la miction, avec une simple diminution du volume de la prostate. Beaucoup n'ont éprouvé qu'une modeste amélioration de la fonction, et les insuccès complets sont fort nombreux.

L'opération paraît avoir une action décongestive manifeste sur la prostate; elle agit probablement aussi sur la contractilité vésicale, d'une part, en décongestionnant la vessie, d'autre part, par dynamogénie de l'organe inhibé. C'est ce qui permet d'expliquer, après l'opération, le retour rapide (quelques heures) de la miction spontanée, mais incomplète chez des malades qui, depuis plusieurs années, n'urinaient pas sans la sonde.

Bien que les résultats obtenus chez des malades opérés pour simple dysurie sans rétention et chez des malades en rétention aiguë, aient été ordinairement très favorables, la castration ne doit pas être employée dans ces cas qui sont très juisticiables de l'emploi du cathétérisme bien conduit.

Si les insuccès sont nombreux, la mortalité consécutive à la castration double est également considérable. Elle atteint 19 0/0. On peut l'expliquer par le mauvais état général des malades, minés par de graves lésions rénales, qui auraient dû déconseiller toute intervention.

Il est actuellement impossible de supputer, à l'avance, les chances de succès d'une castration double. En effet, l'opération a réussi dans des cas où elle semblait contre-indiquée, et échoué dans des cas qui paraissaient très favorables. En outre, les résultats obtenus s'accordent mal avec nos connaissances actuelles sur les lésions de la prostate et de la vessie chez les prostatiques. Il est difficile d'expliquer la rétrocession des lésions de la prostate si l'on accepte la théorie de Launois faisant de l'hypertrophie prostatique une conséquence de l'artério-sclérose. Si on admet, au contraire, que l'hypertrophie de la prostate est une cirrhose hypertrophique d'origine glandulaire (Albarran), on s'explique mieux l'atrophie de la prostate hypertrophiée après la castration. Or le travail de M. Motz conclut dans ce sens, puisque 63 0/0 des prostates hypertrophiées devaient leur hypertrophie à l'abondance du tissu glandulaire.

Quant à l'artério-sclérose, on ne l'observerait pas dans les prostates dont le tissu glandulaire est très abondant, ni même dans les prostates dont le tissu glandulaire occupe seulement la moitié de la coupe.

Mais comment le chirurgien reconnaîtra-t-il que telle prostate doit son hypertrophie au développement du tissu glandulaire, plutôt qu'à celui du tissu conjonctif ou musculaire, pour conseiller à son malade une opération qui lui répugne? La clinique ne permet pas actuellement de répondre à cette question.

Il serait prématuré de porter un jugement définitif sur la valeur de la castration double dans l'hypertrophie prostatique. Si cette opération compte des revers et des insuccès nombreux, elle a à son actif des guérisons dont l'authenticité est indiscutable. Elle a atrophié des prostates hypertrophiées, ce que n'a jamais pu faire la sonde. Elle provoque souvent une décongestion rapide de l'appareil prostato-vésical, et semble rendre plus facile le cathétérisme post-opératoire. Malgré ces avantages, cette opération n'est probablement pas appelée à un brillant avenir, à cause de l'incertitude de ses résultats et à cause de la répugnance qu'éprouveront toujours les malades à s'y soumettre.

R. Blondel.

A propos des opérations pour l'hypertrophie prostatique. — M. Chevalier (de Paris) (*Ibidem.*). — Les observations que l'auteur résume devant le Congrès ont trait, les deux premières, à des cas de castration bilatérale, la troisième à un cas de résection des canaux déférents.

Dans la première catégorie, la première observation est la suite de celle qui a été déjà présentée au Congrès, l'année dernière ; il s'agit d'un malade opéré en avril 1896, à Necker, et qui avait subi, on s'en souvient, des ponctions hypogastriques, la cystostomie, la résection des déférents, le tout sans succès ; il subit, à la date indiquée, la castration double. Il guérit de tous ses ennuis, et, lorsque l'auteur présenta son observation à la première session, il était en parfait état. Depuis on a eu tous les trois mois exactement de ses nouvelles. Elles sont parfaites, urines claires, mictions spontanées, et, fait important en l'espèce, aucun trouble psychique.

La seconde observation concerne un malade de 60 ans passés, chez lequel l'examen avait paru montrer les indications les plus nettes de la castration. (Vessie bonne, prostate molle, âge pas trop avancé.) La castration double qui fut pratiquée modifia peu son état : il se sonde moins souvent, mais toujours : il a même eu un calcul phosphatique, pour lequel on lui fit une petite lithrotitie ; et, en somme, l'amélioration, encore qu'elle soit un peu sensible; est bien imparfaite. C'est à peu près un insuccès.

Dans la seconde catégorie, il s'agit d'une résection des canaux déférents faite par un de nos maîtres à un malade de 68 ans, qui avait une prostate énorme et qui n'a trouvé aucune amélioration à son état ; Chevalier lui tr ouvra des calculs vésicaux : il put, assez difficilement, lui faire la lithotritie, et ce ne fut que lorsque la vessie fut débarrassée de ses calculs, que la prostate regressa. Le malade, alors soulagé, vit ses cathétérismes devenir plus faciles et moins fréquents. La prostate diminua de moitié et actuellement les urines sont claires, émises facilement, et le sondage qui se faisait autrefois difficilement toutes les demi-heures, ne se fait que toutes les quatre heures, et encore le malade peut s'en passer. La miction spontanée, autrefois abolie, a reparu. En somme la décongestion produite par le débarras de la vessie a bien pu être la cause de l'amélioration, tout autant que la vasectomie.

L'auteur ne prétend pas conclure, mais il croit que c'est en apportant des faits bien observés que la question se rapprochera de sa solution.

En sommeon pourrait commencer par la vasectomie, quitte à faire la castration en cas d'insuccès.

R. Blondel.

La résection des canaux déférents et l'hypertrophie de la prostate. (*Association française d'urologie.*) — M. Loumeau (de Bordeaux) a, jusqu'à ce jour, pratiqué vingt-et-une fois la résection double et simultanée des canaux déférents chez des prostatiques atteints de rétention chronique d'urine, complète ou incomplète. Quatre de ces observations ont été communiquées, l'année dernière, au Congrès de chirurgie. Dix-sept autres sont inédites. Dans tous les cas, l'opération n'a eu, au bout d'un laps de temps qui oscille entre trois et dix-sept mois, aucune influence sur la fonction urinaire ou génitale. ni sur l'état de la prostate. Elle n'a procuré d'autres bénéfices aux opérés que de prémunir pour l'avenir leurs testicules contre les orchites du cathétérisme, antérieurement constatées chez plusieurs d'entre eux.

M. Nicolich (de Trieste) a pratiqué, depuis 1897, vingt-sept fois la résection des canaux déférents avec huit guérisons, pour des malades qui n'avaient pas de rétention chronique, quatorze améliorations ; dans cinq cas, il n'a observé aucun changement dans les conditions des malades.

L'auteur considère comme guéris les malades qui vident complètement leur vessie à chaque miction et qui ne souffrent plus ; les huit cas guéris, qu'il a eu occasion de voir bien souvent, se portent bien, et trois d'entre eux assurent avoir pu continuer à avoir des rapports sexuels : c'est un aveu spontané qu'ils ont fait sans être questionnés. La prostate de ces individus a diminué de volume, et, chez deux, on la sent à peine.

R. Blondel

De la prostatectomie. (*Congrès de Moscou.*) — M. Desnos. — Depuis quelques années, l'intervention chirurgicale chez les prostatiques visant une cure radicale a surtout consisté en des castrations et des résections de canaux déférents.

La valeur de ces opérations n'est pas encore établie, mais il semble cependant démontré que la prostate diminue en masse sans qu'il s'ensuive que les saillies intra-vésicales des lobes se modifient.

Les indications de la prostatectomie restent donc entières contre la déformation du col. On sent que ces dernières sont très différentes et il n'est pas possible d'établir une technique opératoire uniforme. Dans presque tous les cas, c'est par la voie hypogastrique que Desnos a abordé la vessie. Si les saillies sont pédiculées on les énucléera aux ciseaux ou à la pince, de préférence au galvano-cautère ; quand les lobes latéraux sont sessiles et qu'il existe de grosses masses péricervicales, le procédé qui a le mieux

réussi consiste à décoller la muqueuse sans l'exciser, puis à tailler un lambeau cunéiforme du tissu prostatique, en prolongeant l'incision plus ou moins profondément, suivant les cas ; on cherche ainsi à obtenir une diminution de la masse prostatique en même temps qu'on aplanit les saillies péricervicales. La suture de la muqueuse est tentée ensuite : elle est bonne en principe, mais d'une exécution difficile et non indispensable à la guérison. Presque toujours il a suffi de drainer la vessie sans la fermer.

Les résultats, surtout les résultats éloignés, sont intéressants à étudier. Sur 23 opérations il y a eu 13 améliorations, tant au point de vue de l'infection vésicale que de la facilité de la miction; dans 4 autres cas, l'infection vésicale a disparu ou diminué, mais la miction n'a guère été modifiée. Enfin, dans 2 cas, celle-ci est devenue plus difficile : il s'agissait de vieillards, dont la contractilité vésicale qui paraissait à peu près conservée avant l'opération a subitement faibli. Enfin, dans 2 cas, les malades sont morts, l'un huit jours, l'autre six semaines après l'intervention.

Ces indications de la prostatectomie ne sont pas évidentes chez tous les prostatiques : elles doivent être cherchées. Elles se résument ainsi :

1° La contractilité vésicale doit être conservée ou peu affaiblie; ou bien elle doit reparaître rapidement lorsque la vessie primitivement infectée a été soumise à un traitement antiseptique;

2° Des saillies intra-vésicales doivent être constatées; le volume de la prostate importe peu;

3° Il ne faut pas que les malades soient trop âgés et les meilleurs résultats ont été obtenus chez les prostatiques entre 60 et 65 ans.

Ceux-ci peuvent être comparés à des malades porteurs de rétrécissements de l'urètre; l'obstacle enlevé, la vessie conserve la contractilité bien plus longtemps et la rétention est lente à s'établir.

R. Blondel.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Castration abdominale totale pour salpingites suppurées, par le Dr Monprofit (d'Angers). (*Congrès français de chirurgie.*) — L'auteur a pratiqué six fois la castration abdominale totale pour affections chroniques des annexes, nécessitant leur ablation. Les résultats immédiats de cette intervention sont excellents; les malades ont tous guéri. Les résultats définitifs, au point de vue des phénomènes douloureux, paraissent devoir être beaucoup meilleurs que par l'ablation simple des annexes. L'auteur emploie un manuel opératoire différent, selon la nature des cas : 1° si les tumeurs annexielles sont très volumineuses et cachent en quelque sorte la matrice, on soulèvera d' abord la tumeur salpingienne la plus volumineuse, ensuite la tumeur du côté opposé, et finalement la matrice ; 2° si au contraire la matrice parait facilement abordable, on procédera d'abord à son ablation de la façon suivante : on sectionnera les ligaments larges le long du bord utérin, et on fera l'hémostase au moyen de pinces hémostatiques ou de pinces à pédicule, selon les cas. L'auteur trace ensuite une incision circulaire sur le péritoine, autour de la partie inférieure de la matrice. Il réduit ensuite la vessie et ouvre, en premier lieu, *le cul-de-sac vaginal antérieur*. On pince alors le col utérin et on l'extrait de bas en haut par la brèche faite à la paroi vaginale antérieure. Le vagin est alors sectionné autour du col; les utérines sont pincées de chaque côté et l'utérus est enlevé. Il est alors généralement assez facile d'extraire les annexes en les décollant de bas en haut. Lorsque les tumeurs salpingiennes sont incluses entre les lames du ligament large, il est utile de sectionner le péritoine au moyen d'un trait de bistouri tiré transversalement au-devant de la trompe, sur le bord supérieur du ligament large; on peut alors faire pénétrer le doigt entre les feuillets du ligament et énucléer ainsi facilement de haut en bas des tumeurs salpingiennes volumineuses. L'auteur rappelle qu'il a indiqué, dès 1888, dans sa thèse sur les *Salpingites et ovarites*, le mécanisme du dédoublement du mésosalpynx et du ligament large, ainsi que le manuel opératoire propre à employer en pareil cas; il affirmait dès lors que la grande majorité des poches salpingiennes pouvaient être ainsi enlevées par la laparotomie, ce point d'anatomie pathologique a depuis lors été découvert par d'autres auteurs, qui, évidemment, n'avaient pas eu connaissance de son travail.

Lorsque la trompe et l'ovaire enflammés sont tombés dans le cul-de-sac de Douglas où ils sont devenus adhérents, le décollement se fait plus facilement par la partie postérieure; en glissant les doigts derrière les annexes, entre elles et le rectum, on arrive à les décoller dans le fond du cul-de-sac de Douglas et on les déroule peu à peu de bas en haut, laissant la face postérieure des ligaments larges et de l'utérus dénudée et saignante. On enlève alors ces annexes et ensuite la matrice. Lorsque l'ablation est ter-

minée, on procède à l'hémostase définitive au moyen de ligatures jetées sur les utérines et sur les utéro-ovariennes.

La fermeture du vagin paraît être indiquée, lorsqu'il ne reste pas une trop large surface avivée. Si l'infection en est à craindre, d'après la nature des lésions, on laisse le vagin ouvert et on établit un drainage. Lorsque cela est possible, un surjet réunit le péritoine transversalement, d'un bord à l'autre de la cavité pelvienne.

Le nombre des cas de l'auteur lui paraît encore trop restreint pour établir un parallèle entre la castration abdominale totale et l'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes. Il estime que cette dernière intervention reste toujours une précieuse ressource dans les cas les plus graves. Il ajoute que toutes les manœuvres sont singulièrement favorisées par l'emploi de ma *valve abdomino-vaginale*, qui assure, d'une façon fixe et constante, l'écartement de la plaie sus-pubienne et l'éclairage du fond du petit bassin.

R. Blondel.

Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus, par le Dr A. Monprofit (d'Angers). (*Congrès français de Chirurgie.*) — L'hystérectomie abdominale est devenue le traitement de choix pour les *tumeurs fibreuses volumineuses;* nos résultats sont devenus si satisfaisants que la gravité d'une hystérectomie abdominale est presque la même que celle d'une simple ablation d'annexes. Elle est indiquée en outre pour les *tumeurs fibreuses de moyen et de petit volume*, que l'on aurait autrefois traitées par l'hystéroctomie vaginale.

L'opération est plus facile en général et plus sûre dans son hémostase immédiate et secondaire ; parfois il est possible de conserver la matrice et ses annexes, alors que l'intervention avait été commencée dans le but de pratiquer l'extirpation totale. Certains cas de myômes sous-péritonéaux ou pédiculés ne peuvent être sûrement reconnus que lorsque l'abdomen est ouvert; l'hystérectomie vaginale ne permet pas aussi facilement de conserver la matrice et ses annexes dans de pareils cas. Lauteur emploie aussi l'opération par l'abdomen, pour enlever les *tumeurs malignes* du corps et du col dans certaines conditions. Si l'épithélioma a complètement détruit le col de la matrice, l'intervention abdominale est infiniment plus facile, plus rapide et plus sûre que l'intervention vaginale; en outre il est plus facile aussi de faire une ablation complète par la voie abdominale. S'il s'agit d'une *tumeur maligne du corps de la matrice* avec augmentation notable du volume de l'organe, l'ablation par l'abdomen paraît être infiniment préférable à tous égards. Pour ces tumeurs, il arrive en effet que l'ablation par le vagin ne peut se faire que par morcellement; or le morcellement d'une tumeur maligne par la voie vaginale, en dehors des risques d'inoculation qu'il comporte, donne parfois les plus grandes difficultés pour la prise et l'extraction des parties friables qui cèdent constamment sous la pince, et aussi pour l'hémostase.

L'auteur utilise volontiers dans ces cas l'intervention mixte ou *vagino-abdominale;* dans un premier temps, on sectionne les culs-de-sac vaginaux et la base des ligaments larges, après pincement des utérines.

Dans un second temps, on ouvre la paroi abdominale, et, sectionnant la partie supérieure des ligaments larges et les culs-de-sac péritonéaux, on enlève avec la plus grande facilité une tumeur que des tractions intempestives par l'une ou l'autre voie auraient fatalement déchirée, vu sa grande friabilité,

En résumé. — 1° L'hystérectomie abdominale totale employée dans le traitement des grosses tumeurs utérines n'est plus à discuter. 2° Dans le traitement des *tumeurs moyennes ou petites, bénignes ou malignes*, elle permet de faire soit une ablation plus complète et plus radicale, soit une *conservation de la matrice* qui n'eût pas été possible par la voie vaginale. 3° L'auteur la considère, en outre, combien plus facile et comme plus sûre; pour ces diverses raisons, il pense que le *champ de l'hystérectomie vaginale ira se rétrécissant*, alors que celui de l'*hystérectomie abdominale ira s'élargissant.*

R. Blondel.

De l'hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires intraligamentaires, par le Dr H. Delagénière (du Mans). (*Congrès français de Chirurgie.*) — L'extirpation complète des kystes papillaires parovariens est souvent impossible; et le chirurgien doit reconnaître son impuissance en marsupialisant la poche. Dans deux cas que l'auteur a opérés avec succès, il a pratiqué comme temps préparatoire de l'intervention, l'extirpation complète de l'utérus dans le but de créer une brèche centrale, donnant accès sur les parois du kyste et sous le péritoine pelvien. L'opération, faite dans ces conditions, a pu être menée à bien sans grandes difficultés. Voici quels en sont les temps principaux.

Le ventre ouvert, on recherche l'utérus et on place une pince sur son fond, pour le maintenir fortement soulevé. On isole l'organe du haut en bas, c'est-à-dire du fond vers le col; on commence en avant pour le séparer de la vessie,

puis en arrière pour atteindre le vagin qu'on ouvre encore et qu'on repère; on isole ensuite les parois latérales; puis on enlève l'organe en sectionnant circulairement le vagin autour du col. Des pinces sont placées sur les vaisseaux qui donnent. Le kyste apparaît dans la brèche; on le saisit et on commence son énucléation en suivant ses contours et en augmentant la brèche par une section du ligament large. Lorsque le bassin est évidé, on reconstitue le plancher pelvien en suturant le péritoine; puis on place un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on referme la cavité abdominale.

R. Blondel.

Un cas d'éventration post-partum. (*Soc. obstét. et gynéc.*, 13 octobre 1897.) — M. Doléris rapporte le cas d'une jeune fille ayant voulu dissimuler sa grossesse et ayant porté un corset si serré que l'abdomen était refoulé en bas et tombait sur ses cuisses.

L'accouchement fut assez simple, mais l'involution se fit très mal et on fut obligé de la traiter pour une éventration extrêmement prononcée. Elle porta une ceinture, se fit masser, électriser, tout cela sans grands résultats. Le traitement durait sans succès depuis six mois, pendant lesquels elle faisait également de la gymnastique suédoise.

Dans ces conditions M. Doléris incisa la paroi abdominale, réséqua une large bande de peau et des tissus graisseux et sutura les bords internes des muscles droits.

La malade a parfaitement guéri et elle a actuellement un abdomen absolument normal comme volume et comme résistance.

R. Blondel.

Du toucher vésical dans certaines affections péri-utérines. (*Congrès de chirurgie* 1897.) — M. Heydenreich, relate l'observation d'une femme, âgée de 39 ans, atteinte d'une inflammation péri-utérine qui faisait bomber le cul-de-sac antérieur du vagin, en même temps qu'elle déterminait la formation d'une masse dure, s'étendant au-dessus du pubis sur une hauteur de trois travers de doigts. Les urines étaient purulentes.

Après une tentative infructueuse pour trouver le foyer purulent le long de la paroi antérieure de l'utérus, M. Heydenreich se décida à recourir à l'exploration de la vessie. Sous le sommeil chloroformique, il pratiqua la dilatation du canal de l'urètre par l'introduction successive d'une série de bougies de Hegar. Puis il introduisit le doigt dans la vessie et le poussa jusqu'au fond de l'organe. Il trouva, à la partie supérieure et un peu à gauche, un orifice dans lequel il put, en forçant légèrement, faire pénétrer l'extrémité du doigt. Il arriva ainsi dans une poche assez grande, et, lorsqu'il retira son doigt de la vessie, un flot de pus s'écoula par le méat. Le diagnostic n'était pas douteux : il s'agissait d'un abcès anté-utérin ouvert dans la vessie.

Séance tenante, M. Heydenreich introduisit l'index gauche dans la vessie jusque dans la poche. Avec l'index droit placé dans le vagin, il détermina le point précis du cul-de-sac antérieur où se percevait l'index gauche, et il incisa en ce point. Il pénétra tout droit dans la poche, où il plaça une sonde de Pezzer ressortant par le vagin. Une deuxième sonde de Pezzer fut placée dans la vessie.

Cette intervention amena rapidement la guérison. La malade retenait bien ses urines; mais elle était obligée parfois de satisfaire promptement le besoin d'uriner.

Dans cette observation, le toucher vésical a permis de poser le diagnostic avec une absolue précision et d'instituer le traitement rationnel, qui a amené une guérison rapide.

Le seul reproche que l'on ait adressé au toucher vésical, c'est d'exposer la malade à une incontinence d'urine. Or, cette incontinence ne s'observe pas d'ordinaire. Tout au plus, se produit-il parfois un affaiblissement du sphincter urétral, vis-à-vis duquel, d'ailleurs, la chirurgie n'est pas désarmée.

Comme conclusion, le toucher vésical est une méthode d'exploration, qui, dans certaines affections péri-utérines, est susceptible de rendre de réels services.

R. Blondel.

Nouveau procédé de cure radicale des hernies de la ligne blanche chez la femme. (*Wratsch*, n° 35, 1897.) — Stolipinsky propose le procédé suivant de cure radicale des hernies ombilicales et de celles de la ligne blanche. On commence par faire une incision cutanée de forme ovoïde au niveau de la base de la hernie et l'on dissèque la peau avec la couche cellulaire sous-cutanée, d'un côté jusqu'à la hernie même, d'un autre côté jusqu'à une distance de deux travers de doigt. Ensuite, ou bien on sépare le sac herniaire de son revêtement cutané, ou bien, là où cette séparation est impossible, on le sectionne au niveau de l'anneau herniaire et l'on fait entrer son contenu dans la cavité abdominale, où il est maintenu en place à l'aide d'une éponge. Ceci fait, on commence à appliquer des sutures sur l'orifice herniaire. Comme, ordinairement, les bords de ce dernier sont très tendus et qu'il est presque impossible de les mettre en contact, Stolipinsky pratique à distance de un et demi à deux travers de doigt de l'orifice herniaire deux incisions supplémentaires à travers l'épaisseur du

muscle oblique. La tension des tissus diminue alors considérablement et l'application des sutures ne présente plus aucune difficulté. L'auteur les applique en deux étages : *a*) sur les muscles, leurs extensions aponévrotiques et le péritoine (catgut); *b*) sur la peau (soie). Entre les deux étages de sutures dans les angles supérieur et inférieur de la plaie, on introduit des bandelettes de gaze qu'on enlève au bout de cinq à six jours.

Les points de suture sont enlevées le onzième jour.

Stolipinsky a opéré, d'après le procédé que nous venons de décrire, 5 malades chez 2 desquelles la hernie se trouvait au niveau d'une cicatrice résultant d'une laparotomie; chez 2 autres, il s'agissait de hernie de la ligne blanche à proprement parler, et enfin, chez la cinquième malade, d'une hernie ombilicale.

Le résultat obtenu dans tous ces cas fut très satisfaisant; on n'a jamais remarqué, pendant toute la durée de l'observation (plus d'un an), de tendance à la récidive.

B. Taft.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Nouvelles recherches sur les médicaments réducteurs. (*Therap. Wochenschrift*, n° 41, 1897.) — Unna revient sur la question du pyrogallol oxydé, qui remplace aujourd'hui à la clinique dermatologique de Hambourg l'acide pyrogallique; ce n'est, en effet, pas ce dernier corps, mais le produit d'oxydation qui en dérive quand on applique l'acide pyrogallique sur la peau, qui présente une action thérapeutique. En s'adressant directement au pyrogallol oxydé, on évite les accidents toxiques, l'inflammation des parties saines, etc.

Ces recherches ont déterminé l'auteur à utiliser le produit de l'oxydation de la chrysarobine; les résultats furent nuls, ce qui démontre que le mode d'action de l'acide pyrogallique et de la chrysarobine est fort dissemblable. Il faut donc continuer à utiliser la chrysarobine vraie en l'appliquant incorporée à du silicate de potasse, aux doses de 5 à 10 0/0, ou en pommade (5 à 10 0/0) additionnée de 5 0/0 de foie de soufre, car ce dernier corps n'oxyde pas la chrysarobine.

Il faut éviter, dans la préparation de pommades à la chrysarobine, toutes les substances capables d'oxyder cette dernière, c'est-à-dire en général tous les alcalis; les produits d'oxydation obtenus présentent des variations de couleur très grandes, allant du rouge vif au noir pur, et sont privés d'action thérapeutique.

Il est intéressant de constater que deux substances aussi voisines que l'acide pyrogallique et la chrysarobine arrivent à modifier des plaques de psoriasis, par exemple, par des processus chimiques fort différents.

E. Vogt.

Le pyramidon, dérivé de l'antipyrine. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, oct. 1897.) — Feuerstein a étudié spécialement le pyramidon ou diméthylamidophényldiméthylpyrazolon, dérivé de l'antipyrine. Il s'agit d'une poudre cristalline d'un blanc jaunâtre, soluble à 1 : 10 dans l'eau, n'ayant aucune saveur.

L'*action antithermique* s'obtient avec des doses variant de 2 à 6 décigrammes : cette action est graduelle, atteint son maximum au bout de deux heures environ, et dure ensuite pendant quatre à six heures.

L'*action antirhumatismale* a été essayée dans 14 cas de rhumatisme articulaire aigu (50 centigrammes plusieurs fois par jour). Les effets ont paru peu probants.

L'*action antinévralgique*, essayée sur des ataxiques présentant des douleurs fulgurantes, a été nulle : les résultats furent meilleurs dans un cas de migraine; le malade, chez lequel l'administration de l'antipyrine provoquait chaque fois de l'exanthème, resta à l'abri de cet accident avec le pyramidon.

En résumé, le pyramidon constitue un antithermique sûr et entièrement exempt d'action toxique aux doses utiles, ainsi que le démontre l'étude des 59 observations prises par l'auteur.

E. Vogt.

La sanose, nouvelle préparation albuminoïde. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 41, 1897.) — Schreiber et Waldvogel, assistants de la clinique interne de Gottingue, ont soumis à l'expérimentation ce produit, contenant 80 0/0 de caséine et 20 0/0 d'albumose. L'addition d'albumose (albuminoïde digéré) à la caséine se justifie par le fait que dans ces conditions, la caséine soumise à la cuisson dans l'eau ne donne plus une masse rappelant l'empois, mais bien un liquide laiteux. Il est probable, d'un autre côté, que c'est grâce à la présence dans le lait d'un corps analogue à l'albumose, que la caséine de ce dernier doit de ne pas être coagulée quand on soumet le lait à l'ébullition. La digestibilité de la caséine est donc favorisée par cette addition d'albumose.

La sanose se présente sous forme d'une pou-

dre blanche, insipide et inodore, qui s'émulsionne dans l'eau : on l'administre dans du lait (20 à 50 grammes pour un demi-litre de lait), du cacao, des potages aux légumes, etc.

Une série d'expériences concernant les modifications de l'azote urinaire sous l'influence de l'administration de sanose ont démontré que cet albuminoïde constitue un aliment précieux dans les cas où les fonctions digestives sont compromises (tuberculose, convalescence de maladies graves, etc.).

E. Vogt.

Action de la chélidonine. (*Therap. Monatshefte*, octobre 1897.) — La chélidonine représente un alcaloïde extrait de la grande chélidoine, dont l'action sur le carcinome a fait l'objet de nombreuses recherches dans ces derniers temps.

A la clinique du Pr v. Jacksch, Guth a expérimenté la chélidonine chez 9 malades, dont 6 atteints de cancer. L'action narcotique que certains auteurs (Billing, Rumpf) ont attribuée à cet alcaloïde ne s'est manifestée chez aucun des malades traités.

E. Vogt.

Le valérianate de créosote (géosote). (*Deutsche med. Zeitung*, 9 août 1897.) — Rieck se sert actuellement d'un valérianate de créosote plus pur que celui qui a été utilisé dans les premières expériences faites avec cette substance. Le produit est aujourd'hui constitué par un liquide limpide inaltérable à la lumière, d'odeur légèrement empyreumatique, ne produisant plus aucun trouble stomacal quand on le fait ingérer, ni aucune douleur quand on l'injecte sous la peau. L'auteur a pu, dans une seule séance, injecter 7 grammes en tout en sept piqûres, sans provoquer aucun trouble local ou général.

Chez les enfants on prescrira :

Valérianate de créosote. } Alcool absolu..... }	àà 10 grammes.
Essence de menthe poivrée.....	10 à 15 gouttes

trois à cinq fois par jour, 5 à 15 gouttes pour un enfant de 8 ans.

Les enfants plus âgés et les adultes reçoivent le médicament en capsules : la dose maxima est constituée par celle qui fait apparaître l'odeur du médicament dans les selles.

Le médicament rend de grands services dans les cas d'entérite, de bronchite et broncho-pneumonie, dans certains cas de chloro-anémie, mais surtout dans la tuberculose pulmonaire (28 cas traités), ou articulaire : l'auteur le considère comme le meilleur médicament antituberculeux que nous possédions. Pour la tuberculose pulmonaire, on choisira l'administration par voie gastrique, pour les tuberculoses articulaires, les injections dans les foyers.

E. Vogt.

Les causes de l'empoisonnement par le papier de tenture arsénié, par B. Gosio (*Berichte*, 1897, 1024-1026.) — L'auteur a constaté que des organismes variés tels que Mucor mucedo, Aspergillus glaucus, et A. Virens, Penicillium brevicaule peuvent décomposer les couleurs arsenicales à l'état sec en mettant en liberté un composé volatile organique très vénéneux, dont on n'a pas encore déterminé la nature exacte.

Oscar Emmerling (*Berichte*, 1897, 1026), dans un travail sur le même sujet établit que le mélange volatile mentionné ci-dessus n'est pas l'hydrogène arsénié, et il exprime quelques doutes sur sa nature réellement vénéneuse.

R. Blondel.

FORMULAIRE

Mélange pour tarir la sécrétion lactée.

Sulfate d'atropine.....	3 milligr.
— de magnésie.....	90 grammes.
Infusion de gentiane	240 —

F. s. a. A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

(Bloom.)

Pilules contre la tuberculose.

Gaïacol.....	3 grammes.
Iodoforme.....	50 centigr.
Arséniate de strychnine..	3 —
Poudre thébaïque.....	20 —

Mêlez et divisez en quarante pilules. A prendre deux à quatre pilules par jour.

(Steeg.)

PETITE CHRONIQUE

« ... *Il sort peu. Il fait de la chimie. C'est un déséquilibré.* »

(Notes de police lues à l'audience.)

Enfin, ça y est! Il est acquitté; le jugement a paru dans tous les journaux : inutile donc d'en reproduire ici les détails. Il est vrai qu'il y a des cas nombreux de cassation, que l'on ira en appel, qu'en un mot tout est à refaire. Mais, au point de vue du coup à frapper sur l'opinion du public, de l'action sur les masses, l'effet est produit et c'est là l'essentiel. Il est acquitté.

C'est de M. Bertulus que je parle.

Il est acquitté, sous le bénéfice de la loi Bérenger, en ce sens qu'il fera bien de ne pas recommencer.

C'était là, en effet, l'important dans ce curieux procès, qui se ramenait à ceci : Un juge d'instruction avait mis la main au collet d'un homme qui a fait ce que tous ses confrères ont proclamé hautement être un devoir; il l'a fait avec une habileté que le professeur d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, a déclarée parfaite : l'accident qui est survenu est du genre de ceux qui peuvent se produire et se sont produits entre les mains des plus habiles opérateurs. Il a même fait plus que son devoir, car il eût pu décliner la responsabilité à lui offerte par ce singulier mari, qui laissait sa femme en travail toute la journée, attendant le soir, *afin de pouvoir appeler le médecin de nuit qu'on ne payait pas.* Le fait a été établi formellement aux débats, malgré les précautions prises par le président pour ne mettre en lumière que ce qui pouvait charger le médecin, comme de juste. Laporte eut envoyé la malade à l'hôpital, dans ces conditions, que la responsabilité retombait entièrement sur le mari, et le prix de la visite de nuit ne lui en était pas moins acquis.

C'est donc par un sentiment très élevé du devoir qu'il a été guidé, et, dans l'accomplissement même de son acte, il agit suivant les rites, flambant son aiguille, cherchant la tête *en haut*, comme il faut le faire, en homme expérimenté, puisque l'erreur habituelle des débutants est de l'aller chercher trop en arrière et de perforer, non la vessie mais le rectum. Il est triste de dire que si à l'hôpital Tenon on avait examiné soigneusement la malade aussitôt son arrivée, si on avait simplement noté qu'*elle n'urinait pas*, ce qui ne dépasse guère, je pense, le minimum de ce qu'on peut accorder d'attention à une traumatisée de ce genre, si on lui avait alors appliqué une sonde à demeure et si, au moment de l'éclosion des accidents péritonéaux, on avait ouvert résolument le Douglas, la femme Fresquet vivrait encore.

A mon humble avis, la responsabilité de l'issue fatale appartient en définitive aussi bien au personnel de l'hôpital Tenon, dont personne n'a parlé, et qui ne manquait d'aucun élément d'intervention, qu'à Laporte, qui, dans des circonstances difficiles, a fait, je le répète, tout son devoir et même un peu plus.

Néanmoins M. Bertulus avait cru devoir frapper un grand coup et faire un peu parler de lui. Ne disait-on pas, dans le public, que le Palais manquait d'énergie; que l'instruction du Panama durait depuis cinq ans; que les députés prévaricateurs et les financiers véreux y étaient traités en amis de la veille... ou du lendemain? Quelques menottes bien placées allaient remettre les choses au point. Aux premiers mots, peut-être maladroits, de M. Socquet, Laporte était sous clef... Vous savez la suite, et le haro poussé par le corps médical qui s'était enfin ressaisi, par les journaux, par le public lui-même. M. Bertulus tint tête et répondit à toutes les demandes d'élargissement par de cyniques plaisanteries. L'opinion commençait à s'indigner : on mettait en comparaison le traitement infligé si inutilement à Laporte et le régime de faveur octroyé à Arton et consorts....

Il s'agissait d'innocenter Bertulus. C'est fait.

Ce n'a pas été commode : mais nous devons du moins à cet effort un des plus énormes monuments de bêtise humaine qui se soit jamais vu chez nous, même au Palais, asile inviolé pourtant de l'absurde et du contre-bon sens.

Quand on songe que ce peuple paie deux milliards et plus par an pour être protégé aux frontières, instruit, administré, éclairé, et avoir la justice, avouez que sur ce dernier chapitre il n'en a pas pour son argent!

La Justice! le grand mot auquel aboutissent toutes les revendications humaines, celui des révolutions de demain, — justice sociale, disent les tribuns, — justice de la fortune, disent tous ceux qui travaillent et qui peînent — justice chez les Juges au moins, en attendant, dit tout le monde — justice des professionnels de la Justice en un

mot! Est-ce trop demander, pourtant, que de demander cela?

L'injustice a toujours révolté l'homme, — celle des autres d'abord, bien entendu, la sienne ensuite, s'il a une conscience. Mais l'injustice légale est peut-être la plus terrible de toutes à supporter, parce qu'elle se proclame elle-même l'Equité définitive et infaillible.

C'est au nom de celle-ci que Laporte a été déclaré responsable des suites imprévues et imprévisibles de son acte. « Quiconque a causé dommage à autrui lui en doit compte » dit le Code.

Et à la même heure, on s'aperçoit qu'un monstre échappé des asiles d'aliénés, a froidement commis vingt assassinats et une demi-douzaine de viols, pour lesquels autant de juges d'instruction ont *trouvé* des coupables. De ceux-ci, il y en a qui sont morts fous, d'autres ont dû quitter leur pays, ruinés, perdus, leurs enfants déshonorés, pas condamnés encore, mais suspects, leur vie intime traînée dans la boue par les notes données aux journalistes chez le juge. C'est miracle qu'aucun d'eux n'ait eu le cou coupé.....

Vous croyez qu'aucun de ces malheureux pourra réclamer, se plaindre de l'enquête sommaire, de la diffamation préventive, provisoire en apparence, ineffaçable en réalité, parler, lui aussi, de faute lourde chez le juge qui les a arrêtés *pour commencer*, puis traités en coupables jusqu'à preuve du contraire, — alors que c'est l'inverse qui devrait être la règle, comme en Angleterre, où l'accusé est présumé innocent tant qu'il n'est pas condamné! Peine perdue! La justice n'avoue *jamais* ses erreurs et plus jamais encore, si c'est possible, elle ne les répare. La plupart du temps, d'ailleurs, elles sont irréparables!

Mais, disent les magistrats, il n'y aurait plus moyen de poursuivre un coupable... — Mais, messieurs, il n'y a plus moyen, pour nous, grâce à vous, d'essayer de sauver un malade. Et pourtant nos décisions, prises en toute urgence, dans des cas que nous n'avons pas choisis, où nous ne pouvons nous récuser, parce que le devoir d'humanité parle, ces décisions seraient autrement faciles à excuser, si elles deviennent critiquables après coup, que les vôtres, qu'aucun péril de mort n'impose sur l'heure, que vous pouvez prendre dans le loisir du cabinet, à votre aise, et qui, trop souvent, vous le savez bien, sont dictées par le besoin de donner une solution quelconque à la besogne dont le procureur vous a chargés, besogne qui doit aboutir coûte que coûte, sous peine de paraître négligent, peu débrouillard, de gâter sa carrière, peut-être. Ce n'est pas *le* coupable qu'il vous faut, mais *un* coupable. Quand vous en tenez un, cela va tout seul : il n'y a plus qu'à torturer l'homme à son aise, à jouer au chat et à la souris; cela devient un travail de bureau. Quelquefois le jury vous donne de jolis soufflets; mais à la correctionnelle, les camarades vous font rarement de ces mauvais tours, de ces lâchages professionnels comme il ne s'en voit plus guère qu'entre médecins, hélas!

Et pourtant quand vous voulez innocenter quelqu'un, de quelles trouvailles d'imagination n'êtes-vous pas capables! On l'a bien vu pour l'acquittement de M. Bertulus.

Ah! ce jugement! Il s'y trouve des perles, vous dis-je, de ces perles qui tombent des lèvres des présidents comme les diamants sortaient de la bouche de la bonne fée.

— « Attendu que Laporte, quoiqu'il se présentât aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur, n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière.....

(Le professeur Pinard avait déclaré à l'audience que Laporte s'était comporté comme un accoucheur blanchi sous le harnais et qu'il avait fait preuve d'un tempérament chirurgical remarquable)

« ..... *qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital et lorsqu'il était étudiant*, il n'avait opéré depuis 1893 que deux accouchements. »

(Ça, c'est simplement un chef-d'œuvre : il n'avait pas de clientèle parce qu'il n'avait pas d'expérience et il n'avait pas d'expérience parce qu'il n'avait pas de clientèle... !!

La pratique que l'on a pu acquérir comme étudiant ne compte pour rien, par conséquent. Alors, à quoi servent ces études, je me le demande? Il est vrai que quand on tient un pareil compte de l'opinion du professeur Pinard, on ne peut guère afficher plus de confiance dans la valeur de son enseignement.

Quant à l'opinion des commères, des voisines qui ont tout vu par le trou de la serrure, qui affirment ce que M. Pinard déclare avoir été matériellement impossible, leur déposition, leurs racontars sont pieusement enregistrés et invoqués comme faisant seuls vraiment autorité.

Quand on lit cela, c'est la stupeur qui vous gagne.

« Attendu que la manière de procéder du médecin surprit, dès le commencement, les *personnes présentes* et leur inspira des doutes sur sa *compétence;* qu'il fut manifeste pour elles (il s'agit des deux commères et de l'ouvrier charpen-

tier) que le maniement de cet instrument ne lui était pas familier; qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la patiente...; que le mari et la dame Houbert durent intervenir... pendant que l'opérateur appliquait le forceps....., etc.

« Attendu que Laporte reconnaît ainsi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, *puisqu'il ne s'est pas rendu compte* jusqu'où elle était allée ni si elle avait perforé le crâne..... »

Essayez donc de faire comprendre à un président que l'on peut, en guidant une aiguille, se rendre compte de *sa direction*, sans que cela implique rien quant à la *profondeur* à laquelle elle a pénétré, si aucun repère ne permet de noter celle-ci sur l'instrument!...

Je garde pour la fin une pure merveille.

« Qu'aussitôt après (la délivrance), ayant fait quelques recommandations au sujet des soins à donner à la malade, *il se retira* et ne revint plus... »

Ceci, c'est le bouquet! Il avait fini et il s'est en allé! trois heures du matin). Cet homme est décidément un grand coupable.

Cette fois cependant le public s'est fâché, et l'injustice de toute cette Justice a plus fait pour désarmer les rancunes de l'opinion contre le médecin, que tous nos articles et nos discours. Nul n'ignore aujourd'hui ce que Bridoison pense du corps médical et comment il entend le traiter, à l'occasion. Aussi, désormais, en cas d'aventure analogue, le public a-t-il l'œil ouvert sur lui. A quelque chose enfin malheur est bon.

Quand je vous disais que M. Bertulus a été acquitté sous bénéfice de la loi Bérenger!

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

L'affaire Laporte. — Tous nos lecteurs ont appris déjà par les journaux politiques l'issue de l'inique procès intenté au Dr Laporte, procès qui s'est terminé par une condamnation à trois mois de prison, dont l'application de la loi Bérenger n'atténue pas la portée comme symptôme de l'opinion actuelle des magistrats sur la responsabilité des chirurgiens. Nous vivons désormais sous le régime du pur arbitraire et à l'avenir il faudra simplement que le chirurgien réussisse ou qu'il aille en prison. C'est peut-être un peu turc comme formule. En fait, tout décès opératoire est la faute du chirurgien et l'opérateur qui a touché par mégarde un objet malpropre, est, nous le savons, plus coupable que celui qui a employé un instrument de fortune en cas d'urgence, s'il l'a stérilisé. Jamais nous n'avons songé à demander que l'on mît à Mazas toutes les sages-femmes qui avaient des cas de fièvre puerpuérale dans leur clientèle, même en séries; et pourtant leur culpabilité scientifique n'est pas douteuse en pareil cas. Désormais tout cela va changer et les tribunaux seront chargés d'établir les responsabilités de ce genre avec l'aide des voisins, du concierge, en un mot des personnes compétentes. Seuls les magistrats sont et resteront irresponsables de leurs bévues.

Notre confrère a interjeté appel de ce jugement, qui a soulevé même dans la presse politique une émotion profonde. Plusieurs de nos confrères avaient mis en avant l'idée que la Société de chirurgie suspendît ses séances jusqu'à nouvel ordre. D'autres ont proposé d'organiser une souscription dans le corps médical pour permettre à Laporte de s'acheter les instruments qui lui manquaient et de s'établir dans des conditions matérielles meilleures. Notre confrère a refusé d'accepter cette souscription.

Enfin le Pr Pinard, auquel les internes des hôpitaux ont envoyé une adresse de félicitations pour sa belle et courageuse attitude, a entrepris, paraît-il, une série d'expériences à la Maternité, dont le résultat serait de nature à influencer profondément l'opinion du tribunal d'appel.

Voici, d'autre part, la réponse du Pr Pinard au télégramme de félicitations des internes :

« Mes chers collègues, laissez-moi dire mes chers amis,

« Nous sommes tous atteints, médecins et malades, par le jugement qui condamne le Dr Laporte.

« Dans cette lutte avec la magistrature, il faut non seulement protester, mais vaincre. Pour cela, il faut faire pénétrer la lumière dans l'esprit des juges et de tout le monde.....

« Quant à moi, vaincu une première fois, je vais recommencer avec plus d'ardeur que jamais,

car il s'agit de défendre non seulement un honnête, un jeune, un timide, mais encore la famille médicale tout entière, et surtout les malades.

« Votre approbation m'est allée au cœur; merci. « PINARD. »

L'incident Anger-Hartmann. — Un débat dont l'opportunité, dans les circonstances actuelles, nous paraît douteuse, s'est engagé lundi dernier à la 9e chambre correctionnelle.

Voici les faits :

Le 10 mai dernier, à dix heures du matin, rue Galilée, une voiture renversait le jeune Carreau, apprenti mécanicien qui faisait une course à bicyclette.

Le jeune homme fut transporté à Beaujon, où M. Théophile Anger, qui l'examina immédiatement, constata une fracture du bras.

Dans l'après-midi, deux internes de l'hôpital, en présence des violentes douleurs qu'éprouvait dans le ventre l'apprenti mécanicien, firent venir à son chevet M. Hartmann, chirurgien de garde de la rive droite ce jour là. Celui-ci diagnostiqua une lésion interne et pratiqua la laparotomie.

Le cocher auteur de l'accident comparaissait lundi devant la 9e chambre sous l'inculpation de blessures par imprudence.

Au cours des débats, MM. les Drs Anger et Hartmann furent entendus comme témoins.

M. Anger, dans sa déposition, critiqua l'opération chirurgicale dont le jeune Carreau avait été l'objet :

La laparotomie, dit-il en substance, ne s'imposait en aucune façon. Quand j'ai appris qu'elle avait été effectuée, j'ai, en présence de mes élèves même, blâmé l'opération. Aujourd'hui, à tout propos, on parle d'ouvrir des ventres. On met un peu de chloroforme sous le nez du patient pour l'endormir et on pratique l'opération. »

D'après M. Hartmann, non seulement l'opération subie par le jeune Carreau n'a pas été nuisible, mais encore elle a été très grandement utile. Cette déclaration de M. Hartmann fut pleinement confirmée par l'un des internes de Beaujon, entendu à l'audience. Le péritoine était inondé de sang et le chirurgien dut faire la ligature des vaisseaux mésaraïques.

Bref se posa alors incidemment devant le tribunal la question de savoir si la laparotomie pratiquée avait eu pour conséquence de prolonger l'incapacité de travail du jeune Carreau.

Questionné à ce sujet par M. le substitut Brouchot, M. le Dr Socquet déclara se trouver dans l'impossibilité de répondre, n'ayant examiné le blessé qu'assez longtemps après l'accident.

Comment, dans ces conditions, le tribunal devait-il « arbitrer » le montant des dommages-intérêts réclamés par Me Lyon-Caen au nom de l'apprenti mécanicien?

Après plaidoirie de Me Georges Dreyfous pour le prévenu, le tribunal condamne d'abord l'inculpé, pour blessures par imprudence, à huit jours de prison avec application de la loi Bérenger et à 800 francs de dommages-intérêts à titre de provision. Puis le président ordonna que trois experts, MM. les Drs Socquet, Laugier et Richardière, examineraient le jeune Carreau afin, dans leur rapport, de déterminer les conséquences de la blessure et d'établir si la laparotomie pratiquée a eu pour résultat de prolonger l'incapacité de travail de l'ouvrier mécanicien. »

Peut-être trouvera-t-on que M. Théophile Anger a perdu là une belle occasion de... s'abstenir, — non le jour de l'accident, mais devant les juges.

BIBLIOGRAPHIE

Aide-mémoire du médecin-chef des salles militaires dans les hôpitaux mixtes, par le Dr Charles Billet, médecin principal de deuxième classe. In-18 de 140 pages. Prix : 4 francs. (Société d'éditions scientifiques, Paris.)

Cet *Aide-Mémoire* est appelé à faciliter le travail des médecins-chefs qui, n'étant pas secondés par un officier d'administration dans les hôpitaux mixtes, sont obligés de prévoir, souvent même d'établir, toujours de vérifier de très près par eux-mêmes, les documents que le secrétaire mis d'une façon peu stable à leur disposition, ne connaît généralement à fond que lorsqu'il est libérable.

Les chapitres, bien déterminés, indiquent avec détails précis et renvois aux règlements ou instructions, la conduite à tenir, les pièces et certificats à établir dans toutes les situations que comportent l'exécution du service journalier, le fonctionnement de la Commission de réforme, la vérification au premier degré de la comptabilité, le service de la Place, etc.

L'*Aide-Mémoire* rendra encore aux médecins-chefs le service de leur éviter, à chaque renouvellement de leur secrétaire, une instruction longue et minutieuse, car il sera le guide du secrétaire ou du comptable de l'hôpital, aussi bien que celui du médecin-chef lui-même.

L'ouvrage se termine par un calendrier indiquant au jour le jour les pièces à établir à date fixe, et par un tableau d'ensemble comprenant tous les documents à préparer à jour fixe ou à des époques déterminées par les circonstances, avec la destination à leur donner, la date de leur envoi et les articles des règlements ou les instructions qui les prescrivent.

Enfin il donne un certain nombre de modèles utiles, entre autres celui d'un *Carnet de contrôle* qui permet aux médecins-chefs la vérification très rapide et complète de tous les documents de la comptabilité des journées.

Tableaux synoptiques de pathologie interne, par le Dr Villeroy. 1 vol. grand in-8° de 208 pages, cartonné : 5 fr.

Le but de ces tableaux synoptiques a été de condenser sous le plus petit volume possible la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien pour lui permettre de porter, sur les affections les plus communes, un diagnostic certain, sans lequel la thérapeutique n'est qu'une vaine chimère. On a surtout cherché à donner beaucoup sous une forme concise, frappant l'œil et l'esprit, de façon à permettre au praticien d'avoir immédiatement une vue d'ensemble de chaque affection, avec son cachet spécial. Aussi l'auteur s'est-il étendu sur les *formes cliniques*, encore plus fréquentes dans la nature que dans les livres, qui peuvent masquer l'élément principal de la maladie, et où la prédominance de tel signe peut faire errer le diagnostic. A côté de la symptomatologie qui constitue la donnée fondamentale de la médecine, l'auteur a donné tous ses soins à ce qui est la sanction de tout bon diagnostic, au *traitement*, qui intéresse surtout le malade, et vers lequel devront tendre tous les efforts du médecin.

Ces tableaux synoptiques seront d'un utile secours aux étudiants, à la veille des examens ou des concours, ainsi qu'aux praticiens dont la mémoire n'est pas infaillible et qui, en thérapeutique surtout, marchent rarement de pair avec l'évolution de la science : ils trouveront signalés dans cet ouvrage les traitements les plus récents, et les bienfaits que la clinique peut retirer des méthodes nouvelles.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La loi sur l'exercice de la pharmacie. — Le Syndicat médical de Roubaix adresse la pétition suivante aux membres du Sénat et de la Chambre des députés :

« Messieurs,

« Le syndicat médical de Roubaix et de ses cantons désire appeler l'attention des législateurs sur la situation créée par l'exercice simultané des professions de médecin et de pharmacien. Ce cumul, reconnu contraire à l'esprit de la loi par tous les juristes, est cependant toléré par la lettre de la loi. C'est ce qui résulte explicitement de plusieurs jugements de la Cour de cassation, des Cours de Paris, d'Orléans, de Carpentras et du tribunal de la Seine. Il nous est aisé à ce sujet de reproduire le jugement rendu par le tribunal de la Seine et confirmé sur appel à Paris, le 3 août 1850 :

« Il résulte nécessairement et implicitement de l'article 27 que le médecin établi dans une localité où il existe des pharmaciens, ne doit pas exercer simultanément les deux professions, fût-il pourvu des deux diplômes ; que néanmoins, il existe une lacune dans la loi, qui ne contient aucune dispense prohibitive et répressive de ce fait ; que, dans ces circonstances, quelque blâmables et répréhensibles qu'aient été les spéculations et la conduite du prévenu, il n'y a lieu *à aucune condamnation.* »

« C'est cette lacune, Messieurs les Députés, que le Syndicat vous propose de combler. Dans les projets de loi sur la pharmacie, adoptés par la Chambre des Députés le 30 juin 1893 et par le Sénat le 31 décembre 1894, on peut lire art. 10 du projet de la Chambre :

« Toute entente entre un pharmacien et un médecin dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque est formellement prohibée ; toute convention par laquelle un médecin retirerait quelque gain ou un profit sur la vente des médicaments effectuée par le pharmacien est nulle. »

« Où trouver une entente plus complète que lorsque les deux personnalités, médecin et pharmacien, ne font qu'une seule personne ? Où trouver un cas plus typique de gain fait par le médecin sur la vente des médicaments effectuée par le pharmacien que lorsque médecin et pharmacien ne ont qu'une seule et même individualité donnant des consultations gratuites. Et, cependant, l'article 12 du projet du Sénat, interdisant l'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste avec celle de pharmacien ou d'herboriste, même en possession par le même titulaire des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions, n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui simultanément la médecine et la pharmacie.

« Etait-ce erreur hier, vérité aujourd'hui ? Est-ce par égard pour une situation de fait ? Mais l'esprit même de la loi, sinon la lettre, allait déjà autrefois à l'encontre de ce cumul.

« Nous vous proposons donc, Messieurs les Députés, de vouloir bien présenter et soutenir, dans la discussion de la loi sur la pharmacie, un amendement mettant les médecins-pharmaciens en demeure de choisir entre les deux professions même s'ils exercent déjà depuis plusieurs années. Il leur sera aisé, s'ils tiennent à ce cumul, d'aller exercer dans les communes dépourvues de pharmacien jusqu'au jour où un pharmacien y ouvrira une officine.

« Pour soutenir notre demande, nous n'avons qu'à rappeler les arguments qui, toujours, se sont élevés contre cet exercice simultané, toléré seulement lorsqu'il y a défaut de pharmacien dans la localité. Nous rappellerons que le pharmacien est là pour contrôler l'ordonnance du médecin. Supposez un oubli, un *lapsus calami* du médecin, l'accident sera paré par le contrôle du pharmacien. Que les deux professions soient réunies dans la même personne, des accidents, même mortels, peuvent en être la conséquence, et l'ordonnance médicale n'existant pas le contrôle sera bien difficile.

« Un jugement du tribunal de la Seine, 21 juin 1865, condamnant un sieur D..., pourvu du diplôme de docteur en médecine et du diplôme de pharmacien, à six mois de prison et cinquante francs d'amende, en donne un exemple frappant. De plus, le médecin, forcé de s'absenter pour visiter les malades alités, se trouve dans la nécessité de laisser son officine aux soins d'un élève qui ne peut toujours le suppléer.

« Enfin, Messieurs les Députés, comme conclusion, nous vous proposons cet amendement à l'article 12 du projet adopté par le Sénat :

« L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste avec celle de pharmacien ou d'herboriste même en possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions, est prohibé, sauf dans les localités dépourvues de pharmacien. »

« Nous laissons aux législateurs le soin d'établir la sanction.

« Veuillez, Messieurs, agréer l'assurance de nos sentiments distingués. »

(*Suivent les signatures légalisées.*)

Académie des Sciences, Arts et Belles-Lettres de Caen, prix à décerner en 1900. Prix le Sauvage. — 2.000 fr. —*Recherche et étude des vers parasites susceptibles d'être introduits par l'alimentation dans le corps humain.*

Etude histologique des altérations qu'ils peuvent déterminer dans l'organisme.

Moyens de défense de l'organisme contre leur introduction et leurs ravages.

Indications thérapeutiques et hygiéniques.

Les mémoires, *écrits en français*, devront être envoyés *franco* au Secrétaire de l'Académie, le 31 décembre 1899, au plus tard. Chaque manuscrit devra porter une devise, laquelle sera répétée sur un pli *cacheté* contenant le nom de l'auteur. Les membres titulaires de l'Académie ne peuvent prendre part à ce concours.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ALIMENTATION
dans le cas de gastro-entérites aiguës des nourrissons.
DE LA VALEUR NOCIVE DES LAITS FERMENTÉS.

Par le Dr LESAGE,
Médecin des Hôpitaux.

On sait que dans la majorité des cas, la gastro-entérite aiguë des nourrissons est due à la pénétration dans le tube digestif de microbes appartenant au groupe Bacterium Coli. Ils existent dans tous les laits exposés à l'air et sont les agents de la fermentation commune, acide, de cet aliment.

Tous ne sont pas capables de produire la gastroentérite aiguë. La condition nécessaire est que ces bactéries possèdent des qualités de virulence. On leur reconnaît cette propriété à deux caractères nets que l'on trouvera étudiés ailleurs (1), c'est-à-dire à l'aide de l'expérimentation et l'étude de l'agglutination. Le sérum de cheval immunisé par la toxine active du bactérium coli virulent des gastroentérites agglutine seulement le bactérium coli actif et non le bactérium coli normal de l'enfant. De sorte que, à l'aide de ce moyen, nous pouvons voir l'état d'activité du bactérium coli dans tous les laits fermentés, ou simplement exposés à l'air.

L'expérience démontre que dans un tiers des laits examinés, le microbe était agglutiné et que dans les deux autres tiers l'agglutination manquait complètement.

De là on peut en déduire que si tous les laits se ressemblent au point de vue de la fermentation par la présence d'un agent principal (le bactérium coli), ils diffèrent les uns des autres par les qualités de ce microbe. Inoffensif souvent, le lait fermenté peut être très nocif. Tout dépend de la qualité de virulence du microbe, agent de la fermentation. Nous savons tous d'ailleurs, par l'expérience, combien sont nombreux les enfants qui prennent continuellement du lait fermenté sans en être le moins du monde incommodés! Le lait altéré a des propriétés virulentes quand il est exposé à l'air dans des endroits où les diarrhées sévissent, en un mot dans les crèches et les agglomérations d'enfants. Le bactérium coli, agent de la fermentation lactique, provient alors d'une source où il avait de la virulence. Nous avons observé les qualités des laits fermentés à l'hôpital Trousseau et à la crèche de la Charité.

Sur 18 laits, 15 fois l'agglutination fut observée.

Au contraire, nous avons étudié de même des laits fermentés pris à la campagne, en plein air, ou à Paris, loin de toute agglomération; dans la majorité des faits, le bactérium coli, agent de la fermentation, était absolument inoffensif.

(1) *Traité des maladies de l'enfance*, tome II. — Société de Biologie, 16 octobre 1897.

Sur 15 laits, une fois l'agglutination fut observée.

Nous avons, pour juger cette question, deux moyens évidents : l'étude expérimentale et la recherche de l'agglutination. La transmission du bactérium coli virulent de lait à lait ou à l'aide de l'enfant permet d'expliquer les épidémies.

Les épidémies sont souvent observées, pendant l'été, dans les crèches et les agglomérations d'enfants. Il n'est pas rare, à la suite de l'entrée dans une salle d'un enfant atteint d'affection digestive, de voir apparaître une petite épidémie.

Comment se fait la contagion? J'ai montré (1) que, dans ce cas, le lait stérilisé donné à boire, était laissé à l'air dans la salle infectée et que ce lait (bien stérilisé avant que la bouteille fût débouchée) s'infectait bientôt de bacillus coli après quelques heures de séjour dans la salle. Or l'expérience nous a montré que ce microbe était virulent. Il est probable que ce lait s'infectait secondairement par le contact des linges, les mains des infirmières, les poussières et peut-être par le contact de l'air, car l'étude de ce dernier nous a permis de retrouver ce microbe doué de la même virulence.

Il semble, de plus, que quand il existe un réensemencement du lait stérilisé à 115° ou à 100°, le bacillus coli étant seul, conserve sa virulence au même degré, plus longtemps que s'il existe dans ce lait d'autres microbes. Cela démontre de plus, que dans l'appréciation de la valeur d'un lait stérilisé même à 115°, il faut éviter cette cause d'erreur, la réinfection de ce liquide après exposition à l'air.

A propos de ces faits épidémiques et de contagion, certains auteurs ont pensé qu'il existait un microbe spécifique de l'infection digestive. Jusqu'à ce jour on n'a pas trouvé d'agent spécifique, en dehors du bactérium coli virulent. Dans tous les cas épidémiques, notre conclusion est la suivante : l'infection digestive peut être contagieuse et transmissible; ses agents producteurs peuvent, par défaut d'hygiène, infecter le lait que boivent les enfants voisins et reproduire la maladie chez ces derniers. Il est à remarquer, à l'appui de cette assertion, que depuis l'application des nouvelles règles de l'hygiène et du lait stérilisé, les épidémies des crèches et des hôpitaux deviennent de plus en plus rares.

Nous devons également nous demander si d'emblée, les microbes de fermentation du lait peuvent acquérir de la virulence soit par la constitution même dn lait, soit à la faveur des associations microbiennes dans ce liquide. Nous sommes à ce sujet dans une ignorance complète.

Ce point important d'étiologie étant signalé, étudions le mode d'alimentation des enfants atteints de gastro-entérite aiguë.

Le lait est certainement le meilleur milieu de culture du bactérium coli virulent, surtout lorsqu'il a subi l'action des divers liquides de l'estomac et de l'intestin.

Pour la fabrication d'une bonne toxine par ce microbe, il est indispensable d'employer le lait modifié par les sécrétions de l'appareil digestif.

Il est donc nécessaire de proscrire le lait dans le cas de la maladie aiguë que nous étudions. Je sais bien que certains auteurs ont eu quelques résultats heureux par l'emploi du lait stérilisé dans cette affection. J'en ai également obtenus; mais dans ces faits il s'agit le plus souvent d'une infection légère, que la moindre diète suffit également à faire disparaître. Deux moyens sont à notre disposition pour alimenter le bébé malade : l'eau d'une part et le bouillon d'autre part. La diète aqueuse suffit le plus souvent à faire disparaître l'infection; l'enfant boit autant qu'il veut une eau quelconque (eau pure, eau de Vals, etc.). Mais si l'on examine la courbe du poids, on voit que l'eau ne la modifie pas.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1892.

La courbe garde le cachet que lui a imprimé l'infection. Cependant si on la compare à une courbe d'infection, qui continue et qui est entretenue par le lait, on peut remarquer que l'alimentation par l'eau empêche la courbe de descendre plus bas et l'arrête à un certain taux dont elle ne bouge pas. Au contraire, si l'infection est abandonnée à elle-même, la courbe descend de plus en plus. On peut facilement se convaincre de l'action d'arrêt par la diète aqueuse en étudiant la courbe II.

Examinons, au contraire, l'effet de la prise du bouillon sur la courbe.

L'action de ce liquide sur l'organisme *sain* a déjà été étudiée par divers auteurs, et de ces recherches on peut conclure que le nourrisson ne supporte pas longtemps le bouillon. Le lait lui est absolument nécessaire et indispensable. Dans la thèse de Paillotte (1), où cet auteur relate des faits observés par Mme Henry à la Maternité, on voit que l'enfant bien portant ne peut supporter le bouillon que quelques jours, que cet aliment soit pur ou mélangé aux deux tiers avec du lait (une partie de lait et deux parties de bouillon).

Si on étudie les courbes d'enfants bien portants ainsi alimentés, on remarque que l'enfant croît peu, de 5, 6, 10 grammes par jour. La courbe tend à être en plateau.

L'action du bouillon chez un enfant sain est nocive. Mais en est-il de même chez un enfant atteint de gastro-entérite aiguë?

Nous avons pu étudier l'action du bouillon chez un certain nombre d'enfants atteints de cette affection.

La courbe I ci-jointe peut être prise comme exemple, car nous l'avons fréquemment observée.

Ainsi qu'on peut le voir, un enfant malade soumis à cette alimentation, présente, malgré la persistance des troubles digestifs, une augmentation de poids rapide de 30, 40, 50, 100 et 200 grammes en vingt-quatre heures. Le bouillon a donc de grands avantages sur l'eau, car l'influence heureuse qu'il possède sur le poids est appréciable. Dans tous les cas identiques que nous avons pu observer, le nourrisson prenait 800 à 1,000 grammes de bouillon dégraissé et glacé.

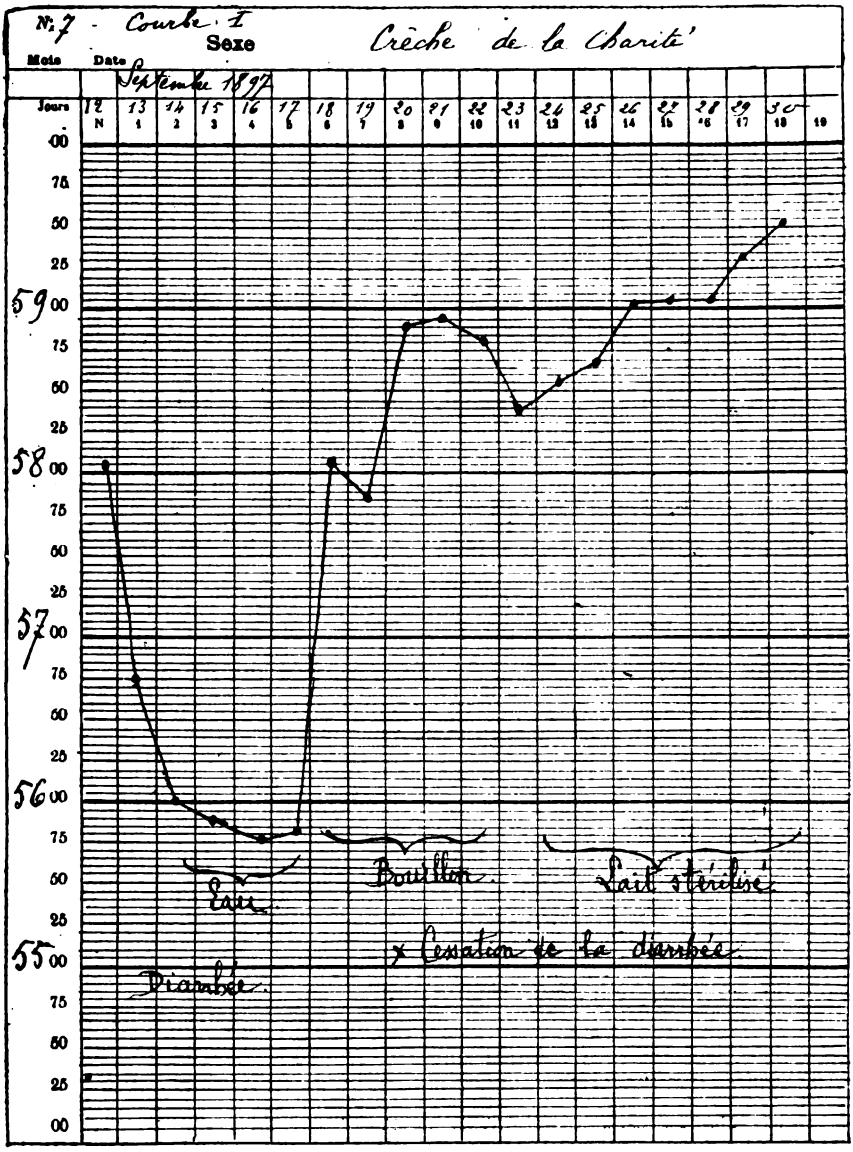
Cette poussée pondérale est importante, car si l'infection cesse, et si on soumet à nouveau l'enfant au régime lacté, il ne sortira pas amaigri dans sa lutte contre l'infection. La courbe reprend le thème normal. L'enfant n'a rien gagné à cette infection, mais il n'a rien perdu non plus. Au contraire, avec le régime de l'eau, si la maladie cesse, l'enfant a perdu 100, 200 grammes qu'il devra reprendre.

Cependant cette heureuse action du bouillon ne dure pas. On le voit nettement si l'infection persiste. Qu'arrive-t-il? Après une ascension brusque en vingt-quatre heures de 50 à 100 grammes, la courbe devient en plateau, malgré la continuation du bouillon, puis après deux à trois jours, la courbe redescend (courbe II). L'action de relèvement est donc passagère. L'enfant en profite beaucoup, si l'infection cesse après deux à trois jours, et n'en tire aucun profit si l'infection continue. On peut se convaincre facilement de ce fait, en examinant les courbes ci-jointes.

Dans les cas heureux où le bouillon a été donné et où l'infection a cessé rapidement, nous avons pu observer quelques faits très curieux. L'enfant, grâce au bouillon, avait au sortir de son infection, un poids supérieur au poids qu'il présentait avant la maladie. On arrive ainsi à cette idée paradoxale que l'infection a été pour cet enfant un événement heureux qui lui a permis de gagner rapidement du poids, grâce au bouillon.

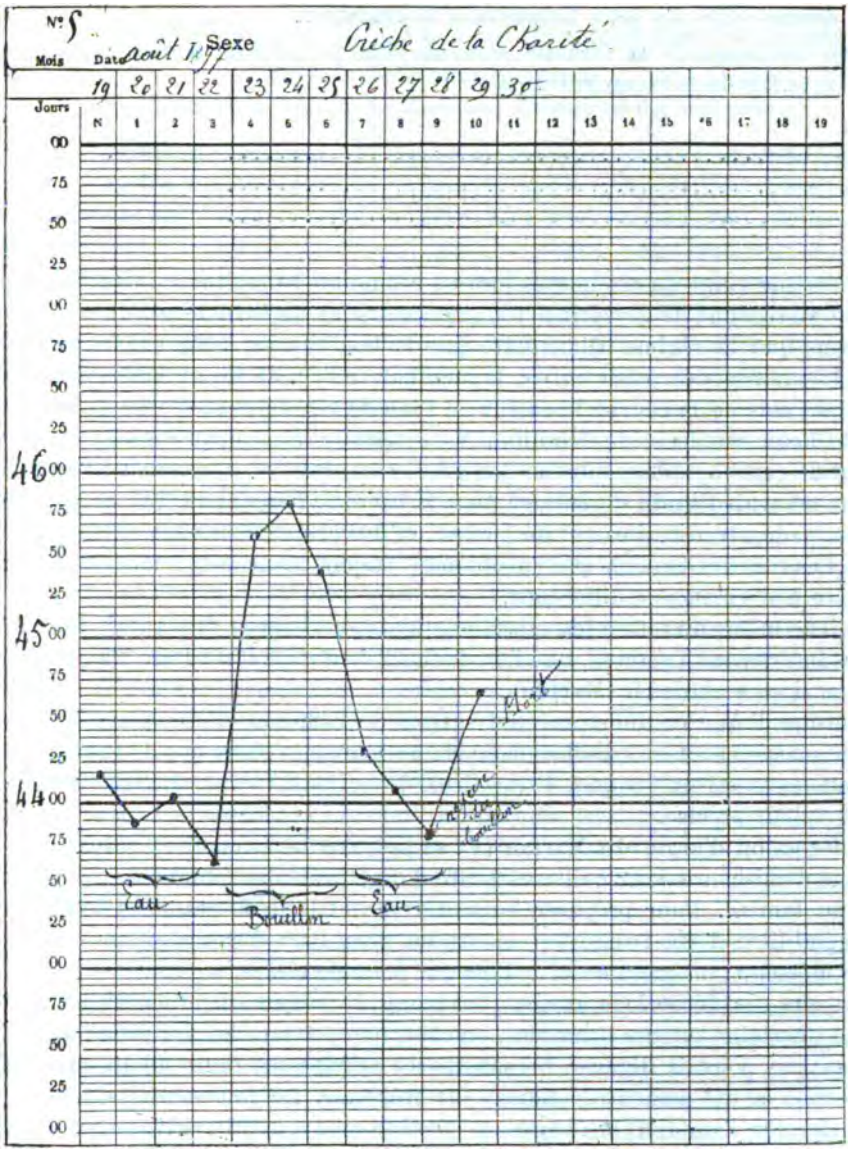
Si nous cherchons à expliquer cette action du bouillon, nous ne pouvons faire que des hypothèses.

(1) *Notes sur l'alimentation des nouveau-nés*, par Paillotte. Paris, 1890.



Cet accroissement si brusque et si intense est-il dû à la puissance nutritive ou n'est-il pas le résultat de l'effet du bouillon sur l'infection? Il est difficile de le dire, cependant on peut penser que la dernière hypothèse a des fondements sérieux. En effet, l'étude des toxines produites par le bactérium coli spécial infectieux est pleine d'enseignements. Pour obtenir la toxine vraie, spécifique du microbe, il faut le cultiver dans du lait modifié. Au contraire la culture dans le bouillon ordinaire ne donne pas ou peu la véritable toxine, et ne contient que des substances banales, de fermentation ordinaire, absolument inoffensives.

En tout cas, quelle que soit l'application admise, l'étude des graphiques montre que le bouillon est supérieur à l'eau. Une autre question se pose. Cette augmentation considé-



rable due au bouillon n'est-elle pas due à de l'œdème, comme ceci a été observé chez des enfants nés avant terme gavés avec cet aliment. Nous ne le croyons pas, car dans tous ces faits que nous avons étudiés, l'œdème manque complètement.

Le bouillon que l'on peut employer est dégraissé et glacé; il répond à la formule suivante :

Eau	1.000 grammes.
Viande	250 —
Légume	50 —
Sel	2 gr. 50

On en donne toutes les deux heures 50 à 60 grammes.

Baratier recommande la formule suivante dont je me suis bien trouvé à plusieurs reprises. On le fait de la façon suivante :

Eau	2 litres.
Os	1 kilogr.
Sel	Une pincée.

Faire bouillir vingt-quatre heures jusqu'à réduction de moitié. Ce bouillon dégraissé et froid est additionné de glycérine (100 grammes pour un litre de bouillon). Ainsi donc nous voyons que le régime alimentaire par le bouillon est bien supérieur au régime de l'eau. La courbe des poids en est le meilleur indice. Il serait intéressant d'étudier également à l'aide de la courbe, la valeur de l'eau de riz, de l'eau d'orge, par rapport aux courbes de l'eau simple et du bouillon. A ce sujet je n'ai aucun renseignement précis.

Partant de cette opinion soutenue par Escherich, que les substances hydrocarbonées forment un mauvais terrain de culture pour la bactérie intestinale, j'ai essayé des solutions d'eau et de glycose, d'eau et de lactose en des proportions variées (1, 2, 5, 10 0/0 de sucre). Les courbes de poids que j'ai obtenues étaient identiques à la courbe du régime par l'eau. Je n'ai vu aucune différence.

En est-il de même de toutes les substances hydro-carbonées. Il y aurait à ce sujet, des recherches intéressant l'amidon, que l'on donne à l'enfant soit de l'eau d'amidon, soit de la décoction d'orge ou de riz (Marfan).

La solution d'orge contient en effet surtout de l'amidon, du mucilage et une petite quantité de matière azotée. La solution de riz ne renferme guère que de l'amidon. Marfan recommande avec raison l'emploi de ces deux décoctions. L'étude des courbes nous indiquera leur valeur précise.

« La décoction d'orge, dit Marfan (1), se prépare de la manière suivante : on fait bouillir une demi-heure deux cuillères à café d'orge perlé dans un demi-litre d'eau ; puis on passe au tamis... Pour préparer l'eau de riz, on jette 60 grammes de farine de riz dans un demi-litre d'eau froide, on ajoute un demi-litre d'eau bouillante, puis on fait bouillir le mélange ; on passe ensuite dans une étamine claire. »

On sait que ces décoctions avaient beaucoup de vogue autrefois. Peu à peu on les abandonna : certains auteurs pensaient, en effet, que pendant les six premiers mois de la vie, l'enfant ne pouvait digérer les substances amylacées, faute de diastase salivaire. Cette assertion a été démontrée fausse par Heubner. Le nouveau-né, dès la naissance peut transformer l'amidon en sucre. Il pssède une quantité suffisante de diastase salivaire.

La conclusion est que les décoctions d'amidon peuvent êtres modifiées par les liquides digestifs. On peut les employer dans la pathologie infantile. Cependant il serait nécessaire de savoir exactement leur action sur la courbe des poids dans la gastro-entérite aiguë.

(1) Marfan. *De l'allaitement artificiel*, 1896.

Traitement des Fractures du Crâne non accompagnées d'accidents (1).

Par le Dr Pierre Sebileau,
Professeur à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux.

Voici une fracture de la voûte : le blessé ne présente aucun symptôme qui sorte du cadre habituel des accidents cérébraux vulgaires; quelle conduite faut-il tenir? La question est délicate et chacun la résout à sa façon. La vérité est qu'il faut établir un départ entre les différents cas qui se présentent; mais, *a priori*, voici comment le problème, dans son ensemble, peut et doit être posé : pour qu'on ait le devoir, ou, tout au moins, pour qu'on ait le droit d'intervenir dans un cas pareil, deux conditions formelles doivent être remplies par le malade et par l'opération. Il faut : 1° que l'opération soit sans danger : 2° que la lésion, bénigne en apparence, soit grave par ses suites dans la majeure partie des cas.

Nul doute en ce qui concerne le premier point; c'est sur le second que roule aujourd'hui le débat. Pour les uns, tout enfoncement du crâne expose à des accidents ultérieurs à échéance variable : on a ainsi observé la folie, l'épilepsie jaksonnienne, des paralysies diverses, sans compter la suppuration tardive du foyer de la fracture ou des méninges. De là, un danger constant de mort ou d'infirmité pour les malades, qui ne peuvent pas encore en être quittes avec leur traumatisme, cinq, dix, quinze ans même après l'accident. De l'avis des autres, le tableau n'est pas si sombre : le cerveau s'habitue fort bien à une compression qui ne porte que sur une petite étendue de sa surface; la pathologie offre, chaque jour, de ce fait des exemples frappants sur lesquels Desault insistait autrefois, lorsqu'il faisait à la trépanation le procès que l'on connaît. Alors donc, si les accidents ne sont pas si fréquents qu'on le proclame, de quel droit intervenir? Pourquoi parer un danger qui n'existera peut-être jamais? Et plus tard ne sera-t-il pas toujours temps de pratiquer une trépanation secondaire, quand des troubles ultérieurs — s'ils apparaissent jamais — viendront la justifier? En pareille matière, on peut dire que les uns et les autres ont raison; c'est surtout une affaire de tempérament chirurgical. Cependant il y a des règles générales à établir, ainsi que nous l'écrivions déjà, Broca et moi, en 1888; pour établir ces règles, il faut classer les cas.

1° *Fracture ouverte avec ou sans enfoncement.* — Soit, par exemple, un enfoncement avec plaie : ici la porte est déjà ouverte à l'infection. Dès lors, que pourrait-on bien alléguer contre l'opération? Elle n'augmente certes pas les chances de contamination; bien mieux, elle permet de régulariser la plaie et d'en assurer l'asepsie. Tout milite en faveur de l'intervention. Aussi quand, à travers les lésions des parties molles, on peut diagnostiquer un enfoncement du crâne, ou seulement une fissure étoilée de la voûte, je pense que l'indication est nette et qu'il faut opérer ; on sait, en effet, qu'à cette fissure étoilée répond presque toujours, sinon toujours, un enfoncement de la table interne de l'os.

Dût, au reste, cet enfoncement de la lame vitrée ne pas exister, il y aurait encore intérêt à ouvrir le crâne, même en cas de simple fissure, si la plaie semblait infectée, pour prévenir la migration des germes au travers de la solution de continuité : c'est l'opinion d'Albert, de G. Marchant, de Wiseman. C'est aussi la mienne.

Il faut bien reconnaître, cependant, que la clinique inflige quelquefois des démentis à cette règle thérapeutique. Je me rappelle avoir examiné et pansé un malade sur la tête duquel un cheval, qui s'était cabré, était venu appuyer une de ses ferrures antérieures, déterminant ainsi, sur le blessé, une vaste plaie des téguments et un léger enfoncement

(1) Extrait du *Traité de thérapeutique chirurgicale des maladies du crâne.* — O. Doin (sous presse).

du crâne. Un de mes maîtres ne fut point d'avis qu'on trépanât, malgré le conseil qu'un de mes collègues et moi nous avions, de prime abord et sans hésitation, donné au patient. La guérison fut rapide. Il y a déjà de cela cinq ans; le malade n'a jamais présenté le moindre trouble.

2° *Fracture fermée avec dépression.* — Soit maintenant une fracture par enfoncement sans plaie extérieure. « Trépanez! » disent Sédillot, E. Bœckel, Pozzi, et aussi Agnew qui, au Congrès de Washington, en 1891, a vivement combattu l'abstention et conseillé d'opérer dans tous les cas d'enfoncement, si minime que soit celui-ci. « Trépanez! » disent encore Keen et Chiene qui ont formulé des conclusions analogues à celles d'Agnew. « Laissez les choses en l'état », répondent, au contraire, MM. Tillaux, Le Fort, Berger, G. Marchant, qui attendent, pour intervenir, l'explosion des accidents encéphaliques, et aussi Kœnig qui, redoutant, après l'opération, l'infection ultérieure, pense que, même sous le règne de l'antisepsie, il n'est pas d'intervention qui vaille un tégument intact. Kœnig n'est pas, à mon avis, dans le vrai. Sans doute la grosse affaire, dans une fracture de la voûte, c'est la plaie des téguments et non pas l'enfoncement; sans doute encore, l'abstention peut, à quelques-uns, apparaître, en règle générale, commandée par la fréquence de la guérison spontanée. Mais, en ce qui me concerne, je suis plus influencé par la crainte de l'épilepsie ou des paralysies traumatiques que par la prétendue gravité de la trépanation et je me déclare partisan de l'intervention active.

3° *Fracture sans plaie, sans enfoncement et sans fissure apparente.* — Pour ce qui regarde les enfoncements craniens limités à la table interne, enfoncements que ne permet de diagnostiquer ni l'existence d'une plaie, ni la constatation d'une fêlure de la table externe, le problème devient autrement délicat. On sait, en effet, que parfois la lame vitrée seule se brise, envoyant ses esquilles dans les méninges et dans la substance cérébrale. Sédillot, partisan de la trépanation immédiate en pareille occasion, s'est longuement occupé des symptômes qui, selon lui, pouvaient permettre de poser un diagnostic précis. On a parlé de bruit de pot fêlé; on a dit que l'auscultation du crâne révélait des bruits de frottement. Rien de tout cela n'est solidement établi, et je pense que la trépanation n'est nullement justifiée par un enfoncement purement hypothétique de la table interne, sans lésion de la table externe. Que cette lésion existe, cela n'est aujourd'hui pas douteux: mais nous ne connaissons encore aucun signe, hors les symptômes cérébraux localisés, qui nous permette de la diagnostiquer. L'intervention n'est et ne peut donc être légitimée que par des troubles parfaitement déterminés du fonctionnement cérébral; or, je suppose précisément ici le cas où ces troubles n'existent pas.

Les fractures de la base sont presque toujours, on le sait, des fractures ouvertes; elles communiquent avec les fosses nasales ou l'oreille moyenne. Il importe donc, avant tout, d'assurer, dans la mesure du possible, l'asepsie des cavités nasales, de la caisse, du pharynx et de la trompe.

Pour la trompe et la caisse, la chose n'est pas facile, et ce serait un leurre de faire fonds sur la désinfection parfaite de ces régions profondes et cachées. Pour les cavités nasales, le pharynx et le conduit auditif externe, il importe d'y pratiquer des irrigations antiseptiques abondantes et répétées; entre temps, on doit aussi les bourrer de gaze naphtolée. On évitera ainsi, dans certains cas, l'infection du foyer de la fracture.

Mais ne peut-on pas aller plus loin et le chirurgien est-il pareillement désarmé, en pareille occurrence, qu'il doive, pour préserver ses malades du danger qui les guette, se contenter de ces moyens si imparfaits et si incertains?

Dans ces dernières années, on a précisément essayé d'aborder la fracture et de lui faire subir un traitement plus direct. Chipault, qui a relevé les observations publiées à cet égard, tire de l'étude des interventions que ses lectures lui ont fait connaître les conclusions suivantes : « Les faits précédents et ceux analogues autorisent, croyons-nous, à comprendre comme suit l'intervention directe dans les fractures de la base :

« Quelle que soit la région où l'on opère, incision en U pour la même raison et avec les mêmes détails de technique que nous avons indiqués à propos des fractures de la voûte.

« Puis, lors de fracture de l'étage antérieur, ouvrir le crâne soit au-dessus de la glabelle, ce qui, même sur la lame criblée de l'ethmoïde et la partie médiane de l'étage; soit au-dessus du rebord orbitaire, sans le détruire, ce qui conduit directement sur la voûte de l'orbite; soit à 1 centimètre au-dessus et 1 centimètre en arrière de l'angle orbito-temporal, ce qui conduit encore sur cette voûte, mais plus en arrière, au niveau de la petite aile du sphénoïde. Lors de fracture de la fosse moyenne, ouvrir à 1 centimètre au-dessus et 2 centimètres en avant du méat, en désinsérant ou réclinant, au besoin, le muscle temporal, et même en sectionnant, à ses extrémités, l'arcade zygomatique pour permettre l'abaissement plus complet du lambeau de parties molles et se donner plus de jour. Lors de fracture de l'occipital, ouvrir de préférence sur le milieu de la ligne qui va du sommet de la mastoïde à l'inion, ou, si c'est nécessaire, plus bas et plus avant jusqu'au rebord du trou occipital et jusqu'à la ligne transversale joignant le bord postérieur des condyles occipitaux au bord postérieur de la mastoïde; on se rappellera qu'en avant de cette ligne se trouve une zone inabordable, la zone carotido-jugulaire.

« La résection cranienne sera commencée au ciseau et au maillet, puis agrandie à la pince emporte-pièce. « On manœuvrera avec beaucoup de précautions, en n'oubliant pas qu'on agit sur les parties les plus minces de la partie cranienne, réduite souvent, au niveau des fosses cérébelleuses ou de la région temporale, à l'épaisseur d'une feuille de papier.

« Ciseau et pince sont, du reste, bien supérieurs en ces points au trépan, difficile à appliquer, ne pouvant souvent pas sectionner la moitié inféro-interne de la rondelle au niveau des régions occipitale et zygomatique, exigeant sur les sinus frontaux l'application de deux couronnes de diamètre différent, la première pour leur paroi antérieure, la seconde pour la postérieure et de diamètre nécessairement très petit.

« L'ouverture cranienne doit être grande : elle doit permettre d'explorer, suivant les cas, la fosse antérieure jusqu'au rebord des petites ailes du sphénoïde, ou la fosse moyenne jusqu'à la fente sphénoïdale, en avant, jusqu'à la crête du rocher en arrière, jusqu'à la carotide en dedans, ou enfin la fosse postérieure jusqu'au sinus latéral et aux rebords du trou occipital. Il est, du reste, difficile de passer d'une de ces aires chirurgicales à l'autre, limitées qu'elles sont par des adhérences dure-mériennes très solides et par des sinus plus ou moins volumineux.

« Sur la voûte orbitaire, dans les fosses cérébelleuses, la dure-mère se laisse décoller sans peine. A l'étage moyen, elle adhère davantage, surtout au niveau du trou sphéno-épineux. On pourra cependant sans effort la détacher et la soulever à l'aide d'un large écarteur. Pour faciliter cette manœuvre, nous avons fait construire par M. Collin un écarteur spécial de forme correspondante à celle de l'étage moyen du plancher. Cet écarteur ne comprime point le cerveau, forme réflecteur par sa face inférieure et permet de voir clair au fond de la plaie opératoire.

« Sauf, bien entendu, dans les cas où, la dure-mère étant déchirée, les espaces extra et intra-duraux communiquent largement entre eux, on doit faire le nettoyage et l'anti-

sepsie de la plaie opératoire en deux temps : un premier temps extra-dural, avant ouverture de la dure-mère, temps pendant lequel on suit le trait de fracture, enlève les caillots qui le recouvrent et emploie les antiseptiques les plus énergiques pour détruire les agents infectieux qui ont pu déjà envahir le foyer; un second temps intra-dural où l'on se servira beaucoup plus prudemment d'antiseptiques faibles, ne lésant pas le tissu cérébral, souvent dénudé et dilacéré.

« Le drainage doit être, lui aussi, divisé en drainage intra-dural et drainage extra-dural. Le drainage intra-dural sera discret, fait après fermeture aussi complète que possible de la dure-mère, à l'aide d'un faisceau de catgut, bien préférable à l'os décalcifié et au caoutchouc, beaucoup trop durs, et aux crins de cheval, difficiles à introduire et porteurs de pointes singulièrement offensantes. Le drainage extra-dural sera fait à la gaze iodoformée ou sublimée, qui, non seulement draineront, mais encore s'opposeront à l'infection du foyer par le trait de fracture. Aussi devra-t-on en recouvrir celui-ci complètement. Au besoin même, on étalera une nappe épaisse et large de gaze sur toute la fosse explorée. On peut, dit Collins Warren, imaginer des cas où il deviendrait logique de trépaner les deux écailles temporales pour pouvoir drainer complètement l'étage moyen. »

Cette intervention directe du chirurgien sur la fracture a un double but : 1° désinfecter le foyer; 2° extraire les caillots qui, autour de la fracture, ont pu se former soit en dehors, soit en dedans de la dure-mère.

Il est impossible, à l'heure qu'il est, de prévoir l'avenir qui est réservé à la trépanation dans ces cas de fracture de la base du crâne communiquant avec les cavités naturelles de la face. Il faut bien dire qu'on est fortement poussé à l'opération par la connaissance des accidents auxquels sont soumis, dans la grande majorité des cas, les blessés; quand, en effet, ceux-ci ne succombent pas dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, emportés par le shock et la commotion cérébrale, on voit, ordinairement, après une huitaine de jours, apparaître et se dérouler tous les symptômes d'une méningo-encéphalite mortelle : les os sont infectés et, autour d'eux qui suppurent, les enveloppes du cerveau sont envahies par les organismes venus des cavités voisines.

Certes, la désinfection de ces cavités telles qu'on la pratique aujourd'hui a atténué, dans une certaine mesure, la gravité du pronostic qui s'attachait, il y a quelques années encore, aux fractures de la base du crâne; mais ce pronostic reste, encore et malgré tout, très sévère pour la double raison que voici : d'une part, ainsi que je le disais plus haut, il est très difficile ou impossible de stériliser le pharynx, les fosses nasales, la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et, d'autre part, le chirurgien arrive souvent trop tard pour que les mesures préventives, si bien qu'elles soient prises, aient des chances sérieuses de succès.

Mais, quels que soient les dangers courus par les malades et quelque séduisante qu'apparaisse, *a priori*, la trépanation, elle me paraît d'autant moins justifiée par les quelques observations publiées jusqu'à ce jour à l'étranger, que l'opération n'a ordinairement pas suffi à enrayer les phénomènes infectieux et qu'elle n'a fourni d'heureux résultats que dans les cas où elle a été pratiquée avant l'apparition de ces phénomènes, comme méthode préventive, dans de telles conditions qu'on ne sait vraiment pas si c'est des simples efforts de la nature ou bien de l'intervention du chirurgien qu'est venue la guérison.

Si bien qu'aujourd'hui le problème doit être ainsi posé : un malade atteint d'une fracture de la base du crâne est présenté au chirurgien; celui-ci doit-il faire de suite la trépanation préventive (la seule qui jusqu'à ce jour ait donné quelques succès, succès qu'on aurait, au reste, peut-être obtenus sans elle), ou simplement nettoyer de son mieux et stériliser dans la mesure du possible les cavités voisines? Peut-être l'avenir est-il à

l'intervention radicale. Pour le présent, il me paraît sage de s'abstenir. C'est, tout au moins, la conduite qui s'impose à la grande majorité des médecins. Il est entendu, d'ailleurs, que cette critique ne vise en rien les fractures isolées, partielles de la base du crâne (fractures de l'apophyse mastoïde; fractures du sinus frontal) pour lesquelles se présente tout naturellement à l'esprit la nécessité d'une action chirurgicale hâtive : cathétérisme ou ouverture du sinus, nettoyage et tamponnement de sa cavité, régularisation de la fracture, extraction des esquilles, désinfection du conduit auditif, etc.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 novembre 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. le Secrétaire général lit une note de MM. Linossier et Lannois et une autre de M. Lasserre, concernant l'*emploi du salicylate de méthyle :* ces auteurs sont d'accord pour constater que ce produit est bien supérieur, soit en applications externes, soit pris à l'intérieur, à l'*essence de Wintergreen* qu'on a quelquefois utilisée en son lieu et place. L'essence est irritante, peu constante dans sa composition, elle manque de régularité dans son action thérapeutique et son odeur est écœurante.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la *colite muco-membraneuse.*

M. Bardet pense que *chez l'homme,* l'hyperchlorhydrie stomacale est presque toujours en cause dans l'étiologie de cette affection. On a démontré à plusieurs reprises, en outre, que l'élément spasmodique joue dans la plupart des cas un rôle important dans les crises de colite : il se produit une contraction en un point de l'intestin, se compliquant de dilatation des segments en amont du point contracté. Par suite de cette dilatation, des tractions s'exercent sur d'autres anses intestinales et à ces points tiraillés l'entéro-colite se développe. Un malade opéré par M. Picqué, que l'orateur a eu l'occasion d'observer, a présenté, à la suite d'ingestion d'eau glacée, des coliques avec constipation qui cédèrent au calomel, mais furent remplacées par une crise d'entéro-colite muco-membraneuse: quelques jours plus tard, des accidents graves d'obstruction nécessitèrent une intervention sanglante, et l'on trouva une bride tiraillant l'intestin.

M. Mathieu ne croit pas que l'entéro-colite, dans les cas graves, soit localisée, comme le pense M. Blondel, dans l'S iliaque : dans ces cas-là, tout le côlon devient douloureux à la pression. En outre, si la localisation au rectum et à l'S iliaque était la règle, il serait aisé de combattre cette affection : or il est constant qu'il faut s'adresser à des lavages très copieux du tube digestif pour amener des évacuations utiles au malade, car l'affection nettement constituée est des plus tenaces.

Le spasme intestinal des constipés a été en premier lieu décrit par Fleiner : l'existence de la *corde colique* de Glénard, représentée par un état permanent de contracture du côlon transverse, vient à l'appui de cette affirmation de Fleiner.

Le *système nerveux* joue un rôle étiologique des plus importants dans cette affection et le régime alimentaire constitue la clef de voûte de l'intervention thérapeutique.

M. Morange lit une note sur un *procédé général de préparation des médicaments opothérapiques.* Pour obtenir des effets thérapeutiques identiques à ceux des glandes fraîches et de la moëlle osseuse, le meilleur procédé de préparation consiste dans la *peptonisation* de ces substances. On favorise de cette façon la digestibilité et les dyspeptiques acceptent fort bien ces préparations, alors que les organes frais sont moins bien digérés.

M. Catillon fait remarquer que la peptonisation de la glande thyroïde ne donne pas tout l'iode contenu dans la glande; le résidu laissé par la peptonisation renferme souvent la moitié de l'iode total. Le procédé ne donne donc pas un produit comparable à la glande fraîche.

M. Chassevant a pu reconnaître au cours de recherches non encore terminées que le corps, inconnu jusqu'ici, présentant à la fois les caractères d'une peptone et d'un alcaloïde, qui constitue le principe actif dans la glande thyroïde, est insoluble quand on fait digérer la glande. La peptonisation ne donne pas, par conséquent, un produit présentant une valeur thérapeutique identique à celle de la glande fraîche, et il faudrait, si l'on veut peptoniser la glande pour en faciliter la conservation, ne pas négliger de faire aussi absorber au malade le *résidu* que donne cette opération chimique.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Traitement du goitre au moyen d'injections parenchymateuses. (*Ther. Wochenschrift*, n° 43, 1897.) — FREY, à propos d'une publication récente de Rosenberg sur ce sujet, rappelle que v. MOSETIG a préconisé, il y a quinze ans déjà, les injections intra-parenchymateuses d'iodoforme dans les cas de goitre; la formule du liquide à injecter est la suivante :

Iodoforme.....	1	gramme.
Ether sulfurique.....	5	—
Huile d'amandes douces..	10	—

Injecter au moyen de la seringue de Pravaz 1 à 2 grammes de cette solution dans la glande, après s'être assuré, en faisant faire au malade des mouvements de déglutition, que l'aiguille se trouve bien dans le tissu glandulaire. On fera deux à trois injections par semaine. Chez trente malades ainsi traités par Frey, il n'y eut jamais le moindre accident, sauf un léger accès de toux, ne durant que quelques minutes dans certains cas.

On constate déjà au bout de quatre à cinq injections une diminution marquée dans la circonférence du cou, et il a suffi, dans la grande majorité des cas, de dix à douze injections pour faire disparaître la tumeur.

Le goitre parenchymateux est seul justiciable de cette méthode : dans les formes de ce genre, le résultat curatif ne fait jamais défaut. Les goitres gélatineux donnent des améliorations, les goitres kystiques et vasculaires n'obtiennent aucun bénéfice de la médication.

E. VOGT.

Thérapeutique médicale du goitre exophtalmique, par DEGUY. (*Journal des Praticiens*, n° 42, p. 665, 1897.) — *Thérapeutique pathogénique.* — Elle est différente, suivant que l'on considère la maladie de Parry-Graves comme une névrose ou comme un complexus symptomatique dépendant de l'intoxication thyroïdienne. Dans le premier cas, on conseille les mesures hygiéniques générales contre les troubles nerveux, l'hydrothérapie sous toutes ses formes et les antinervins. Trousseau préconisait le bromure de potassium à doses assez élevées, 2 à 6 grammes. M. Huchard a vu dans certains cas l'antipyrine produire de bons résultats. On se trouve bien d'ajouter à l'antipyrine du sulfate de quinine à faible dose de 25 à 50 centigrammes *pro die*.

L'hydrothérapie est d'une efficacité incontestable. On doit toujours débuter par des douches tièdes ou même un peu chaudes, les douches froides d'emblée sont peu recommandables et on ne doit y arriver que progressivement. On n'emploiera que des douches quotidiennes très courtes, de vingt-cinq à trente secondes au début, au maximum.

Les cures d'air ou d'altitude sont parfois excellentes; mais le séjour du bord de la mer est contre-indiqué.

L'hypothèse que la maladie de Parry-Graves est sous la dépendance des troubles fonctionnels du corps thyroïde a rallié la majorité des suffrages et de là sont nées deux thérapeutiques : l'une par l'organothérapie thyroïdienne ou thymique (le thymus passant à tort ou à raison pour être antagoniste du corps thyroïde); l'autre recherchant à agir localement ou par une médication générale sur le corps thyroïde.

Si l'opinion de Johnston, à savoir que le goitre exophtalmique est dû à une hyperthyroïdisation et que le myxœdème est le résultat d'une hypothyroïdisation est exacte, il est évident que le traitement thyroïdien est nécessaire dans le myxœdème et contre-indiqué dans le goitre exophtalmique; mais il est démontré (Babinski, Félix, etc.) que le myxœdème et la maladie de Parry-Graves peuvent coexister et Bruns a obtenu des guérisons de cette dernière maladie par des injections thyroïdiennes. Après lui Fergusson, puis Jules Voisin ont présenté des cas où la médication thyroïdienne avait eu d'heureux effets; mais à côté de ces faits et d'autres causes de nombreux échecs et même des accidents ont été signalés (Canter, Silex, Sérapine, Kock).

Suivant P. Marie, pour expliquer ces résultats contradictoires, on peut admettre l'interprétation suivante : il y a les goitres exophtalmiques à début brusque, ce sont les vrais, et il y a les goitres basedowifiés, ces derniers seuls seraient améliorés par l'alimentation thyroïdienne.

D'après Voisin, l'hyperthyroïdisation n'est pas la seule cause du goitre, il y a probablement une sécrétion anormale aussi bien au point de vue qualitatif qu'au point de vue quantitatif : dans certains cas l'alimentation thyroïdienne détruisait vraisemblablement les toxines que le corps thyroïde malade a versées dans l'économie : dans d'autres, cette alimentation suppléerait à une insuffisance partielle du corps thyroïde.

Quoi qu'il en soit, si l'on a recours à la médication thyroïdienne, on devra procéder avec la plus grande prudence, de crainte de provoquer le thyroïdisme aigu et la mort subite par syncope. Le pouls mobile, rapide, instable, est une indication à cesser la médication (Beclère).

L'ingestion fortuite de thymus en place de glande thyroïde ayant donné une amélioration à Owen, a été l'origine de ce mode d'organothérapie. On doit faire usage de thymus de veau à la dose de 10 à 45 grammes par jour. Cette médication paraît inoffensive et antitoxique.

L'action directe sur le corps thyroïde pour en modifier le fonctionnement, consiste en applications locales de glace (Aran), de teinture d'iode, de pommades iodurées, en injections iodées interstitielles (à rejeter).

Les différents modes d'électrothérapie ont été utilisés. Actuellement on emploie les courants faradiques suivant le procédé de Vigouroux qui consiste à placer une électrode large sur la nuque et à électriser avec l'autre électrode plus petite et mobile, les carotides, les yeux, le corps thyroïde, la région précordiale (pour cette dernière on emploie le pôle positif).

Le traitement ioduré, longtemps considéré comme un spécifique, notamment par Trousseau, ne paraît pas avoir d'efficacité réelle, par contre les iodures sont très souvent mal tolérés par les basedowiens.

Traitement symptomatique. — Dans le cas de troubles cardiaques caractérisés par l'affaiblissement du cœur, on donnera la digitale à doses faibles : dix gouttes de la solution de digitaline cristallisée au 1/1000, pendant cinq jours.

Contre les palpitations on usera des lotions froides précordiales, des pulvérisations d'éther ou de chloréthyle.

S'il y a tension exagérée avec crises d'angor, la teinture trouve son indication. Mais si cet angor est névrosique, l'antipyrine, l'aconit sont à employer.

Contre l'éréthisme cardio-vasculaire Dieulafoy préconise l'ipéca associé à l'opium dans la formule suivante :

Poudre d'ipéca.....	3 centigr.
Extrait d'opium.....	25 milligr.
Poudre de digitale.....	2 centigr.

pour une pilule (quatre à six par vingt-quatre heures).

La teinture de veratrum viride (dix gouttes par jour en arrivant à vingt gouttes progressivement) a été préconisée par G. Sée.

L'ergot de seigle associé au bromhydrate de quinine a donné de bons résultats à M. Huchard.

Extrait aqueux d'ergot de seigle.....	ãã 4 grammes,
Bromhydrate de quinine.	

pour 40 pilules (8 à 6 par jour).

Contre les insomnies rebelles on emploiera de préférence le trional.

G. Lyon.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

De l'ichtyol dans la variole. (*Wratsch*, n° 38, 1897.) — Il y a quelque temps Kolbassenko a publié un travail dans lequel il montrait quels bons résultats on pouvait obtenir de l'emploi des badigeonnages à l'ichtyol dans la variole. Dans ce travail il rapportait 18 observations très démonstratives. Nous avons à son temps analysé ce travail dans notre Revue.

Dans sa nouvelle publication à ce sujet Kolbassenko rapporte 9 nouveaux cas où l'emploi des badigeonnages à l'ichtyol a donné encore d'excellents résultats. Malgré des accidents assez graves (dans 3 cas il y avait une variole confluente et dans un quatrième cas une variole hémorragique) tous les malades ont fini par guérir.

L'auteur attire l'attention des médecins particulièrement sur ce fait que les badigeonnages à l'ichtyol accélèrent de beaucoup la dessiccation des pustules et contribuent très efficacement à les déterger ; à peine la papule commence-t-elle à se transformer en vésicule qu'on y constate une tendance à la dessiccation. Ce phénomène est surtout net dans les régions où la peau est plus délicate et plus mince. Au contraire sur des régions où le tégument cutané est épais, comme par exemple à la plante du pied, les pustules persistent plus longtemps.

Le détergement se fait tantôt progressivement, tantôt simultanément sur toute l'étendue du corps.

Pour montrer que c'est bien aux badigeonnages de l'ichtyol qu'il faut attribuer la dessiccation et le détergement rapide, Kolbassenko cite le cas suivant : on avait commencé les badigeonnages sur le cou et le visage quatre jours plus tôt que sur les autres régions et les phénomènes de dessiccation commencèrent plusieurs jours avant sur ces régions que sur le reste du corps.

Disons encore qu'un certain nombre d'observations ont montré à l'auteur qu'il serait préférable d'employer comme récipient la lanoline à la place de la vaseline. Enfin il ne faudrait pas ménager l'ichtyol.

B. Taft.

Traitement de l'érysipèle par le sublimé. (*Journal de médecine militaire*, p. 408, 1897.) — Voskresstensky a employé dans 65 cas d'érysipèle des frictions avec une solution alcoolique de sublimé à 1/2 0/0. Ce procédé a donné à l'auteur des resultats plus favorables que les autres procédés habituellement employés. La période fébrile est plus courte, l'évolution de la maladie est, en général, plus rapide, et les récidives s'observent plus rarement. Les frictions étaient arrêtées lorsque la température tombait et que le processus érysipélateux cessait de se propager.

B. Taft.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Indications opératoires et traitement du cancer du rectum. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — MM. Quénu et Hartmann, rapporteurs, font connaître la longue durée des survies obtenues par de nombreux opérateurs, à la suite de l'extirpation totale du rectum malade. C'est par huit, dix et même seize années qu'elles se comptent. Toutefois l'extirpation est souvent mortelle et 80 0/0 des accidents sont dus à la septicémie. Indications opératoires et contre-indications : la hauteur du carcinome n'est plus aujourd'hui une contre-indication, puisque de nouvelles voies sont ouvertes à l'extirpation. Tout consiste à savoir si le cancer est propagé ou généralisé. Il faut s'abstenir, si la généralisation s'affirme par une tumeur de la peau à distance, une tumeur de l'ombilic, un ganglion induré du creux sus-claviculaire, etc... Quant aux connexions avec les organes voisins, c'est-à-dire aux signes de propagation, il arrive souvent qu'on ne peut s'en rendre compte sans toucher directement avec la main introduite par l'abdomen, dans le premier temps de l'intervention. Le premier temps, pour MM. Quénu et Hartmann, de l'extirpation d'un cancer doit être l'installation d'un anus iliaque préliminaire, avec un *éperon*, afin de bien dériver les matières. Puis on désinfecte et on lave le bout infiltré, on le remplit de gaze stérilisée et dix à douze jours plus tard on l'extirpe par la voie périnéale ou sacrée, ou par la voie périnéo-abdominale si le cancer est haut placé, en opérant le retournement du bout supérieur. M. Quénu conseille, avant de libérer le rectum, de fermer l'anus par une suture en bourse, qui prévient l'effusion des matières. Le choix de la voie opératoire ne saurait être unique, puisqu'il y a de simples plaques cancéreuses, justiciables du curetage ou de l'extirpation directe, des cancers rectaux, des cancers recto-sigmoïdes et des cancers sigmoïdes. Ces deux dernières variétés relèvent de la *voie abdomino-périnéale*. Les autres sont extirpables par la voie sacrée ou par la voie ano-périnéale.

Dans l'emploi de la voie sacrée il faut être sobre de résections et se borner au strict nécessaire, sans faire d'emblée l'opération de Kraske, toujours fort dangereuse. L'anus iliaque définitif est le meilleur parti à adopter d'emblée dans les cancers remontant haut sur le rectum.

M. Péan, fort de ses statisques, soutient que l'on doit sectionner les tumeurs en deux moitiés pour faciliter la dissection et l'extirpation totale par le morcellement sans nuire aux organes voisins. Toutes les fois qu'il peut opérer par les voies périnéale ou sacrée, il n'a pas hésité à leur donner la préférence sur la voie abdominale. Pour lui, chez la femme, l'envahissement de la cloison recto-vaginale n'est pas une contre-indication ; il suffit de prendre ces parties entre deux pinces à mors longs, de les sectionner jusqu'au dessus du mal et d'enlever le tout avec la tumeur. On essaiera alors de reconstituer la paroi antérieure du rectum abaissé le plus possible, avec les parties antéro-latérales du vagin respectées. Souvent il faut sacrifier aussi le col ou le corps de l'utérus envahis par le cancer.

M. Monlonguet (d'Amiens) rappelle qu'il a préconisé en 1890 la conservation du sphincter anal dans les cancers ampullaires, et la fixation à la peau marginale, après enlèvement du bout inférieur du rectum. La seule condition pour la réussite est que l'intestin se laisse entraîner sans tiraillement.

M. Doyen, dans la résection par les voies naturelles, réalise l'asepsie du segment rectal à enlever de la manière suivante : incision iliaque, par laquelle une anse de l'S iliaque est attirée en dehors, tordue et liée modérément par une compresse qui traverse son mésentère. Grâce à un pansement compressif, il obtient ensuite pendant huit jours l'absence d'évacuation de gaz et de matières par l'anus, pendant que la suture inférieure se cicatrise et sans avoir été obligé de recourir à un anus contre nature.

M. Heydenreich (de Nancy) déclare que, chez la femme, la méthode de choix, quand le néoplasme ne remonte pas à plus de 12 à 15 centimètres, est la résection par la voie vaginale, trop négligée jusqu'ici et cependant moins grave que le Kraske. En résumé, la majorité des chirurgiens pense, avec M. Taillefer (de Toulouse) que le traitement radical du cancer du rectum doit commencer par la création d'un anus artificiel, qui permettra en même temps d'explorer la limite supérieure du néoplasme et de convenir de la voie à utiliser pour l'opération, qui doit suivre dix à douze jours plus tard.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical des abcès rétro-cæcaux dans les appendicites. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — M. Duret (de Lille) appelle l'attention sur ce fait que si l'on ouvre sans précautions les abcès rétro-cæcaux qui viennent bomber dans le flanc droit (et qui sont fréquents, puisque l'appendice est en arrière une fois sur quatre), on s'expose à inonder de pus le péritoine, par suite de l'absence d'adhérences. Il conseille donc : 1° Après laparotomie, de fixer par une suture continue le péritoine pariétal au cæcum, près de son bord externe, et d'oblitérer les deux extrémités de la plaie avec des mèches de gaze iodoformée. 2° D'ouvrir le foyer avec le bec de la sonde sur le bord externe du cæcum, l'évacuer, curer et écouvillonner. 3° Drainage à la Mikulicz; parfois contre-ouverture lombaire. 4° Suture soignée de la paroi pour éviter les éventrations.

Aug. Benoit.

Traitement du goitre exophtalmique, par J.-L. Faure et Doyen. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — M. J.-L. Faure a pratiqué trois fois la *résection* du grand sympathique cervical avec deux améliorations récentes et une mort par syncope. Le chloroforme serait peut-être, avance-t-il, avantageusement remplacé par l'éther, à cause de la diminution d'énergie du cœur, une fois privé des filets sympathiques.

M. Doyen oppose à cette opération la *thyroïdectomie*, par son procédé rapide, qui donne des résultats plus complets, c'est-à-dire une diminution rapide de l'exophtalmie et la suppression de la tachycardie en huit à dix jours. Il serait d'ailleurs utile de faire l'une après l'autre ces deux interventions pour obtenir la guérison complète dans les cas rebelles, mais en commençant par la thyroïdectomie, très supérieure à l'exothyropexie, qu'il proscrit entièrement. Il a eu par cette seule opération deux cures radicales de goitre exophtalmique, dont l'une remonte à quatre, l'autre à dix ans et demi.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin; drainage pelvien chez l'homme. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — M. Vautrin (de Nancy) a opéré avec succès par la résection de l'intestin deux malades porteurs, l'un d'un cancer, l'autre d'un tuberculome du cæcum. Lorsque la tumeur est inopérable, il conseille l'entéro-anastomose de Maisonneuve, si l'état du malade est assez grave, et l'*exclusion de l'intestin*, si le sujet est relativement résistant. Telle est l'opération faite en pareil cas par Salzer, Hochenegg, von Hacker, et l'on sait qu'elle consiste à aboucher le bout supérieur au-dessous de la tumeur, sans réséquer le segment malade que l'on se contente de fermer. Le bouton de Murphy ne vaut pas la suture en ce qui concerne ces implantations intestinales, qui exigent un abouchement large. Pour l'S iliaque l'auteur a pu, dans un cas où le volume du néoplasme était réduit, attirer celui-ci dans la plaie, fixer en canon les deux cylindres intestinaux et réséquer a tumeur hors du ventre. L'anus contre nature est ensuite fermé secondairement.

M. Frœlich conseille de drainer les abcès du petit bassin, *chez l'homme*, par la paroi postérieure, afin d'éviter l'infection péritonéale. Pour cela, on se guide sur l'index qui suit le bord droit du cæcum dans la cavité pelvienne. Arrivé sur le petit ligament sacro-sciatique, on perfore la paroi postérieure avec une pince de Wölfler qui porte un drain en croix. La pince va ressortir en arrière, au milieu d'une ligne qui va de l'épine iliaque postéro-supérieure à la partie la plus saillante de l'ischion. Ce procédé facile servirait pour évacuer les poches purulentes que l'on rencontre au cours des laparotomies.

Aug. Benoit.

De la cure radicale sanglante des hernies chez le nourrisson. — M. Frœlich (de Nancy) (*ibidem*) pense qu'au delà de deux ans il ne faut plus compter sur la guérison par le bandage et opérer les enfants, sans disséquer le sac, en liant simplement le collet.

M. Broca est aussi partisan de l'opération à partir de cet âge et même au-dessous, car il n'y a pas de danger à redouter : mais il est faux de dire qu'on doive renoncer à l'espoir d'une cure par le bandage à l'âge fixé par M. Frœlich. De plus, c'est la dissection par la méthode de L. Championnière qu'il faut employer et non la simple ligature du sac qui expose aux récidives et même aux hydrocèles des sacs déshabités.

Aug. Benoit.

Kystes hydatiques du poumon ; incision; guérison, par Potterat. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — Deux faits qui prouvent que l'absence de bacilles de Koch chez un sujet qui paraît atteint de tuberculose pulmonaire avancée peut conduire par exclusion au diagnostic de kyste hydatique. Ces kystes font croire à de volumineux épanchements pleuraux ; mais, en réalité, les deux feuillets adhèrent assez souvent et il suffit d'inciser la poche, fixée préalablement aux bords de la plaie, de la vider, laver et drainer pour obtenir une guérison rapide.

Aug. Benoit.

Epithéliomes branchiogènes du cou et épithéliomes aberrants de la thyroïde, par Berger. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — M. Berger vient d'opérer une femme qui portait sur la partie latérale du cou une tumeur à la fois fluctuante et végétante qui allait de la mâchoire à la clavicule dans un sens, de la nuque à la trachée qu'elle comprimait, d'autre part. Il lui fallut réséquer la jugulaire interne sur toute sa hauteur.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *épithéliome thyroïdien*, probablement développé dans les débris parathyroïdiens du tissu cellulaire profond du cou. Il ne faut pas confondre ces tumeurs avec les *épithéliomes branchiogènes*.

C'est une variété distincte des tumeurs de la gaine vasculaire de Langenbeck, qui peuvent mettre cinq ou six ans à se développer et fusionnent complètement avec les vaisseaux.

Aug. Benoit.

De la botryomycose humaine, par Poncet et Dor (de Lyon). (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — On observe parfois des tumeurs d'apparence inflammatoire sur les mains, sur l'épaule, etc., qui ne sont ni des papillomes, ni de l'épithéliome, ni du sarcome. Ces tumeurs ulcérées uniques et *pédiculées* sont produites par l'inoculation à l'homme des micro-organismes qui produisent le *champignon du cheval*. Souvent on trouve la porte d'entrée. La botryomycose peut être contrôlée par l'inoculation de l'homme à l'âne ou au cheval. C'est une affection bénigne qui doit être traitée par l'ablation.

Aug. Benoit.

Bains de vapeur dans le traitement du lumbago traumatique. (*Thérapeutique moderne russe*, n° 8, 1897.) — Kalinowski décrit un cas de lumbago qui présentait les points intéressants suivants : Le traumatisme, survenu au moment où l'individu soulevait un poids, s'était d'abord localisé dans l'articulation sacro-lombaire ; de là il s'était propagé sur l'appareil ligamentaire de la portion lombaire de la colonne vertébrale. Il s'agissait très probablement d'une lésion traumatique des branches du plexus lombaire.

La névrite qui en a résulté devint le symptôme dominant, ce qui ne permit pas de recourir ni au traitement mécanique ni au pinceau faradique.

L'auteur eut donc recours aux bains de vapeur, qui lui ont donné un brillant résultat. Malgré une très forte sudation après chaque séance, le malade, grâce à la suralimentation, quitta l'hôpital ayant augmenté de 6 livres. Les douleurs dans la région lombaire ont complètement disparu et le malade n'éprouve plus qu'un certain malaise pendant la flexion.

B. Taft.

Traitement des abcès d'après le procédé du Pr Levacheff. (*Journal de medecine militaire*, n° 5, 1897.) — Dans trois cas d'abcès, Ouskoff, au lieu de pratiquer l'incision, a procédé de la façon suivante : Après avoir aspiré le pus à l'aide de l'appareil de Dieulafoy, il a lavé l'abcès à l'aide du même appareil, avec de grandes quantités de solution physiologique stérilisée de chlorure de sodium. Les lavages étaient faits jusqu'au moment où le liquide qui s'écoulait devenait absolument transparent.

Les résultats obtenus furent des plus satisfaisants.

La cicatrisation se faisait plus rapidement qu'elle ne se fait avec l'incision habituelle (les malades se sont rétablis au bout de quatre à dix jours). La cicatrisation par elle-même ne s'accompagnait pas de suppuration et n'était pas suivie de cicatrice.

L'auteur considère comme un avantage, avec juste raison du reste, ce fait qu'avec le procédé indiqué on n'a pas besoin de dépenser une grande quantité d'objets de pansement. Enfin les malades sont bien moins souvent dérangés, car on n'a pas besoin de changer les pansements.

B. Taft.

Traitement de la tuberculose par la résine d'euphorbe. (*Académie de medecine*, 2 novembre 1897.) — M. Pénières (de Toulouse) dépose sur le bureau de l'Académie un intéressant travail sur un nouveau traitement des lésions chirurgicales de la tuberculose. L'auteur propose de traiter les foyers malades par des injections contenant des fractions de miligramme de résine d'euphorbe. A l'aide de ce traitement, il a guéri les tuberculoses des ganglions du cou, si fréquentes chez les enfants. Il évite aussi, par des piqûres qui ne laissent pas de traces, des cicatrices irrémédiables et attaque la tuberculose jusque dans les os et les articulations.

M. Pénières rapporte l'observation d'un homme encore jeune, qui avait une fonte purulente des os et des parties molles aux deux poignets. Ce malade était voué à l'amputation; ou, tout au moins, à une mutilation par la résection. Il est aujourd'hui guéri.

L'auteur apporte une preuve matérielle de ses allégations, en faisant passer sous les yeux de l'Académie trois radiographies du même malade faites avant, pendant et après le traitement, c'est-à-dire au moment de la guérison. Les os du poignet sont parsemés de points noirs, nombreux, comme ceux du bois vermoulu; puis les trous se comblent, et enfin les os reprennent leur état normal. A ce moment les fistules sont guéries et le malade, qui ne pouvait ni se moucher ni tenir une fourchette, a pu reprendre sa profession pénible de sculpteur sur bois.

L'action de la résine d'euphorbe ne doit pas être brusquée par des injections trop souvent répétées.

Une injection tous les huit jours, quelquefois tous les quinze jours suffit d'ordinaire.

Suivant M. Pénières encore, la meilleure préparation est une fine émulsion exempte d'alcool et dosée de telle sorte qu'un centimètre cube de liqueur contienne un quart de milligramme d'euphorbe.

R. Blondel.

Maladies du tube digestif.

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Antipyrine et dysenterie; lavements d'antipyrine dans un cas de dysenterie aiguë, par Ardin-Delteil. (*Montpellier médical*, n° 42, p. 833, 1897.) — Les propriétés analgésiques et hémostatiques de l'antipyrine justifient l'emploi de cette substance dans une affection telle que la dysenterie, où la douleur et les hémorragies jouent un rôle considérable, sinon prépondérant, dans l'affaiblissement, l'extinction des forces du malade.

L'antipyrine chez le malade dont l'observation est rapportée par Ardin-Delteil a été donnée à fortes doses (4 à 5 grammes pour un lavement, les lavements étant répétés deux et même trois fois par jour). Malgré l'emploi de ces très fortes doses d'antipyrine, pendant plusieurs jours de suite, aucun accident d'intoxication n'a été constaté.

Cette médication a eu pour effet de diminuer le nombre des selles et de modérer le ténesme; peu à peu une amélioration notable s'est produite et la guérison complète est survenue.

G. Lyon.

Traitement de l'appendicite aiguë, par Ch. Monod et J. Vanverts. (*Gazette hebdomadaire*, n° 83, p. 985, 1897.) — *Traitement préventif.* — Pour quelques chirurgiens, le seul traitement préventif, radical, de l'appendicite, ne serait autre que la résection systématique de l'appendicite chez l'enfant. Cette conduite ne saurait être approuvée; l'affection n'est pas, en effet, assez fréquente pour que l'on se croie autorisé à pratiquer une opération dont la bénignité n'est pas absolue.

Il en serait autrement si l'appendice avait été le point de départ d'attaques antérieures. On préviendrait ainsi des crises ultérieures dont le danger peut être grand.

Traitement médical. — On comprend sous ce nom l'ensemble des moyens par lesquels on s'efforce de provoquer la résorption des produits inflammatoires, ou de favoriser la formation d'adhérences qui empêchent, en cas de perforation de l'appendice et de rupture d'un abcès péri-appendiculaire, le brusque envahissement de la grande séreuse péritonéale.

Pour atteindre ce but, il importe avant tout de chercher à obtenir l'immobilisation de l'intestin. A cet égard, on ne saurait trop protester contre l'emploi des purgatifs, même des purgatifs dits doux. Il ne faut pas confondre le traitement de l'entérite, cause de l'appendicite, avec celui de l'appendicite elle-même. La légende du danger de la constipation, qui est un effet et non une cause, doit disparaître.

La proscription des purgatifs s'étendra aux lavements.

Il faut, au contraire, recommander l'usage de l'opium qui, mieux que tout autre médicament, assure le repos relatif de l'intestin et, en même temps, soulage le malade. On lui a reproché de

produire une amélioration trompeuse qui empêche le médecin de saisir le moment propice pour l'intervention ; mais l'intensité de la douleur n'est pas proportionnelle à la gravité des lésions ; la nécessité de l'intervention est indiquée par d'autres signes.

On administrera 5 à 10 centigrammes d'opium par vingt-quatre heures chez les enfants, jusqu'à 20 et 30 centigrammes chez les adultes, par doses de 1 à 2 centigrammes, plus ou moins espacées suivant la diminution de la douleur, l'état de la pupille et l'abondance des urines dont il faut empêcher la suppression.

On a longtemps employé la révulsion sous toutes ses formes, onguent napolitain, vésicatoires, ventouses scarifiées, sangsues, etc. Ces diverses pratiques sont d'une efficacité contestable ; elles peuvent de plus, par leur action sur la peau, gêner l'intervention chirurgicale, si celle-ci devient nécessaire. La vessie de glace, maintenue en permanence sur le point douloureux, n'a pas cet inconvénient et semble avoir eu souvent un effet utile.

Le malade sera tenu rigoureusement au lit et fera le minimum de mouvements. Il sera enfin mis à la diète absolue. On ne permettra que quelques cuillerées à café de lait froid, prises à intervalles éloignés.

Sous l'influence de ce traitement les troubles peuvent s'amender et disparaître. Alors, à la diète sévère du début, on substituera progressivement une alimentation exclusivement liquide, puis formée d'aliments très digestifs ; on ne recourra aux lavements et aux purgatifs que plusieurs jours après la cessation de tout symptôme alarmant.

La guérison peut donc être obtenue, dans un grand nombre de cas, par des moyens purement médicaux. Les malades restent, il est vrai, exposés à une nouvelle crise ; mais la rechute n'est pas fatale. En tout cas on a le loisir, une fois la première atteinte enrayée, de décider s'il n'y a pas lieu de réséquer l'appendice, moyen le plus sûr et le plus rationnel pour obtenir la guérison définitive.

Traitement chirurgical. — Deux cas distincts peuvent se présenter :

1° Les lésions sont circonscrites autour de l'appendice ;

2° La péritonite est généralisée.

1° Lésions circonscrites : L'objectif est de pénétrer jusqu'au foyer péri-appendiculaire et de donner issue au pus, s'il existe, en respectant les adhérences qui protègent la grande cavité péritonéale. La résection de l'appendice ne constitue pas un temps nécessaire de l'opération.

Le lieu de l'incision ne peut être fixé d'une manière absolue. Il faut, en effet, inciser là où est la collection, et sa situation n'est pas fixe. L'incision classique, celle de Roux, est parallèle à l'arcade de Fallope et à la crête iliaque ; elle sera longue de 15 à 18 centimètres, car on devra opérer profondément.

Une fois le péritoine ouvert, le pus s'écoule. On doit rechercher prudemment avec le doigt s'il n'existe pas des poches secondaires que l'on s'efforce de mettre largement en communication avec les premières.

Parfois on sent, dans le foyer, l'appendice complètement détaché et libre ; rien n'est plus simple alors que de l'extraire. D'autres fois, il sera réséqué après ligature au catgut. Si l'appendice est accollé à la paroi de l'abcès, on se gardera de tenter sa libération et son extraction, par crainte de déchirer l'intestin ou les adhérences qui limitent le foyer.

Le lavage de la poche est inutile, car l'évacuation du pus sera suffisamment assurée par le drainage.

Il peut se faire qu'après l'incision du péritoine on tombe sur des anses intestinales agglutinées par des adhérences, sans trace de collection. Si l'abcès existe, celui-ci se videra spontanément et s'évacuera par le drain.

La difficulté augmente quand, après l'incision du péritoine, l'on se trouve dans la grande cavité péritonéale saine et libre.

C'est là une éventualité fréquente, surtout quand l'abcès est rétro-cæcal et quand l'inflammation n'a pas encore retenti sur le péritoine péri-cæcal pour y déterminer la formation d'adhérences. On ouvre la collection, après avoir soigneusement protégé en dedans la grande cavité péritonéale à l'aide d'éponges ou de compresses.

Au lieu d'ouvrir la collection rétro-cæcale, on peut se contenter de mettre à son contact un tamponnement à la gaze qui servira de drainage d'appel.

Les résultats immédiats de l'intervention sont habituellement excellents, quand l'abcès est déjà enkysté. Les résultats éloignés ne le sont pas moins. Il est habituel qu'on observe à la suite une guérison complète et définitive, même si on a négligé d'enlever l'appendice.

A la suite de l'opération persistent parfois des douleurs dues aux adhérences qui unissent l'appendice à la paroi abdominale et aux anses intestinales.

Péritonite généralisée : Le traitement est celui de toute péritonite généralisée, quelle qu'en soit la cause. L'extirpation de l'appendice est utile, mais non nécessaire. Les résultats de l'intervention ne sont pas très brillants en

général; trop souvent l'intoxication est déjà intense et le malade succombe quelques heures ou quelques jours après.

Indications des traitements médicaux et chirurgicaux. — Théoriquement, il est permis de s'abstenir dans l'appendicite dite pariétale, dans celle qui ne s'accompagne que d'exsudats plastiques non purulents. Dans la péri-appendicite suppurée, il faut agir. Mais la difficulté est précisément, au moins au début, c'est-à-dire à la période où il importe de prendre un parti, de distinguer entre elles les deux formes de l'affection.

1er cas. — L'affection est tout à fait au début; elle date de quelques heures. L'ensemble symptomatique peut être alarmant : douleur vive, souvent généralisée à tout l'abdomen, vomissements, ballonnement du ventre; le pouls est fréquent, la température tend à s'élever. Malgré tout, la règle est d'instituer le traitement médical. On ne doit agir que dans le cas où la fréquence et la petitesse du pouls, avec tendance à l'abaissement de la température, l'altération des traits permettraient de croire à une péritonite généralisée d'emblée.

Tout peut se calmer ou bien la maladie poursuit son cours.

2e cas. — Les symptômes du début persistent et s'accentuent, sans avoir encore aucun caractère alarmant. L'amélioration ne s'est pas produite, mais il n'y a pas encore de tuméfaction nettement appréciable. Beaucoup de médecins sont partisans de l'intervention à ce moment, disant que dans la plupart des cas on trouve déjà du pus. Toutefois, si vers le deuxième ou le troisième jour, souvent le pus est déjà formé, son enkystement ne s'est pas toujours produit et l'intervention peut être périlleuse.

3e cas. — Trois ou quatre jours se sont passés, le mal se localise de plus en plus, il y a tuméfaction iliaque certaine.

On peut encore attendre et l'opération ne sera plus alors qu'une simple ouverture d'abcès; toutefois, il ne faut pas attendre au delà du sixième ou septième jour.

4e cas. — Après un début bruyant, une amélioration réelle est survenue; mais elle n'est pas franche. La douleur iliaque garde la même intensité, la langue est blanche, la température un peu élevée. Souvent, pour augmenter l'embarras, la tuméfaction iliaque est peu ou mal perceptible.

Il faut tenir compte du facies du malade et surtout de l'état du pouls et de la température. Si le pouls dépasse 100 chez l'adulte, alors que la température reste aux environs de 38, si les traits sont altérés, il faut intervenir.

5e cas. — On se trouve en présence d'une péritonite évidente. Les statistiques ne sont guère encourageantes; néanmoins, on est autorisé à opérer, car il peut arriver que la péritonite soit le résultat non d'une perforation, mais d'une simple extension de la maladie primitive; ou que, généralisée en apparence, elle se présente sous la forme d'une péritonite suppurée à foyers multiples.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement de la tuberculose d'après la méthode de Koch. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 39.) — Petruschky nous donne le résultat d'observations nombreuses, se rapportant à la fois au traitement avec l'ancienne tuberculine et à celui avec TR. Les injections furent pratiquées à la consultation externe de l'Institut pour maladies infectieuses de Berlin : c'est dire que les malades ont continué à vaquer à leurs occupations et que leurs conditions d'existence sont restées les mêmes qu'avant le traitement. Malgré ces circonstances défavorables, les résultats ont été en général très satisfaisants : nous ne reviendrons du reste pas sur ces constatations, analogues à celles que nous avons déjà énumérées il y a quelque temps dans la Revue.

Le côté intéressant du travail de Petruschky nous est fourni par quelques recherches nouvelles dans ce domaine. Chez les enfants atteints d'adénites scrofuleuses, qui ne sont, comme l'on sait, pas autre chose que des tuberculeux, on arrive, avec les injections de TR, à provoquer une modification complète de la constitution; les enfants deviennent robustes et se transforment pour ainsi dire. L'auteur conclut de ces résultats que la « prédisposition à la tuberculose » ne représente sans doute, chez les jeunes sujets, que le symptôme d'une intoxication tuberculeuse en cours, puisque cette prédisposition peut disparaître sous l'influence du traitement antitoxique.

L'auteur conseille, dans les cas douteux, de ne jamais négliger l'injection d'épreuve avec l'ancienne tuberculine : il faut dépister ainsi la tuberculose qui peut échapper tant qu'elle ne se manifeste pas par les accidents classiques. Si on obtient la réaction spécifique, il faut entreprendre de suite le traitement par TR, qui aura alors les plus grandes chances de réussir.

En résumé, la méthode nouvelle peut rendre les plus grands services, à condition que l'on modifie dans chaque cas particulier la manière de faire, que la médication soit instituée par étapes, pendant plusieurs années, même après obtention d'une guérison apparente, et à condition aussi qu'on s'attaque aux premières manifestations du mal, chaque fois que la chose est possible (scrofulose sous toutes ses formes).

Il est certain toutefois que la méthode de Koch ne peut devenir une méthode facilement généralisable à la clientèle, car elle exige de nombreuses précautions, un personnel bien stylé, une grande perte de temps. Il y aurait donc lieu de créer pour elle des *instituts* analogues aux instituts antirabiques, dans lesquels les malades pauvres, qui forment la grande majorité des tuberculeux, pourraient trouver une médication efficace et appliquée en temps utile. E. Vogt.

Tuberculose et tuberculine. (*Congrès de Moscou.*) — M. Kernig (de Saint-Pétersbourg) rend compte du traitement de neuf malades par la tuberculine. L'état de cinq d'entre eux s'est notablement aggravé à la suite de ce traitement. Son opinion est qu'il faut rejeter entièrement l'usage de la nouvelle préparation.

M. Dehio (de Dorpat) cite les sanotoria pour tuberculose dans le nord de la Russie, où de bons résultats ont été obtenus. Il recommande d'en augmenter le nombre.

M. Jawein (de Saint-Pétersbourg) a vu des affections purement locales se transformer en tuberculose miliaire par suite de l'injection de la nouvelle tuberculine, tuberculose qui a rapidement amené la mort. Il est complètement revenu de l'emploi du remède.

Pour M. Gerhardt (de Berlin), les observations faites avec la nouvelle tuberculine ne sont pas encore assez concluantes pour pouvoir en fixer définitivement la valeur. Il ne faut donc employer ce moyen que sur la demande formelle du malade, et après que celui-ci a été mis au courant des dangers que présente son application. Les observations faites par M. Gerhardt ont été souvent négatives et quelques-unes ont eu des suites funestes. Tous les médicaments employés dans la phtisie ont complètement échoué. Ce n'est que l'air pur qui agit dans le traitement par le climat, et non par la hauteur ou la mer. Le résultat obtenu dans le sanatorium érigé auprès du lac de Grabow, près de Berlin, par la Société de la Croix-Rouge, fut que 20 0/0 des phtisiques soumis au traitement eurent une amélioration telle que, s'ils ne furent pas guéris radicalement, ils purent au moins reprendre leurs occupations. R. Blondel.

Traitement de la tuberculose pulmonaire, par G. Maurange. (*Gazette hebdomadaire*, n° 85, p. 1018, 1897.)

Le Dr Maurange donne les résultats de sa pratique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et expose les grandes lignes du traitement qu'il emploie habituellement, chez les malades qui n'ont pas de fièvre ou seulement un écart thermique ne dépassant pas 1 degré du matin au soir. Les malades prennent tout le répos compatible à leurs occupations, repos au lit avec la fenêtre fréquemment ouverte. Le travail intellectuel est réduit au minimum. L'estomac est l'objet d'une surveillance particulière, et la suralimentation poussée aussi loin que possible.

La révulsion est pratiquée régulièrement sous forme de pointes de feu appliquées exclusivement avec la pointe effilée de l'anse galvanique. De cette façon on peut répéter fréquemment les applications avec le minimum d'effraction de la peau et le maximum de réaction.

Comme modificateur des secrétions bronchiques et peut-être du terrain, le Dr Maurange emploie le gaïacol en injections sous-cutanées : le gaïacol, à la période d'induration est injecté tous les deux ou trois jours, à la dose de 40 à 50 centigrammes dans 10 centimètres cubes d'huile stérilisée.

A la période de ramollissement, quand la fièvre ne dépasse pas un degré, le gaïacol est injecté à la dose de 80 centigrammes à 1 gramme par jour. (Si la température dépasse 39° il est contre-indiqué.)

Pour combattre la tachycardie essentielle sans lésion cardiaque qui est le signe d'une intoxication profonde, le Dr Maurange associe la spartéine au gaïacol :

Sulfate de spartéine...	40 centigr. à 1 gr.
Gaïacol synthétique...	8 grammes.
Huile d'olives stérilisée à 120°.....	Q. s. pr 100 centigr.

On injecte tous les deux jours de 5 à 10 centimètres cubes de cette solution.

Après trois à six mois de traitement par le gaïacol, le Dr Maurange a recours au tanin.

Tanin à l'alcool	15 à 20 grammes.
Glycéro-phosphate de chaux.....	15 à 10 —

Divisez en 30 cachets, à prendre deux cachets le matin par jour, un cachet le soir au cours du repas.

Chez les tuberculeux fébricitants, il ne donne aucun médicament antithermique. Il se borne à prescrire le repos absolu au lit, à faire de la révulsion et à prescrire deux fois par jour des badigeonnages sur la poitrine dans une étendue de 10 à 20 centimètres carrés avec une solution alcoolique de gaïacol synthétique dont il élève progressivement le titre.

Il débute à 5 0/0 pour atteindre, dans certains cas, jusqu'à 50 0/0.

G. Lyon.

Maladies du système nerveux.

Dr R. SÉMELAIGNE
Ancien interne des hôpitaux.

Technique hydrothérapique dans le traitement de la neurasthénie, par Proust et Gilbert Ballet. (D'après le *Traité de l'Hygiène du Neurasthénique* de ces auteurs. Masson, éd., 1897.) Il est bien peu de cas d'épuisement nerveux dans lesquels l'emploi de l'hydrothérapie ne soit formellement indiqué. Bien que « l'état de faiblesse irritable », qui caractérise cette névrose, se manifeste tantôt par des signes d'asthénie, tantôt par des phénomènes d'éréthisme ou d'excitation, l'hydrothérapie et son influence stimulative n'en restent pas moins toujours indiqués pour combattre ces deux ordres de symptômes, puisqu'ils ne sont opposés qu'en apparence et qu'ils dérivent de la même cause, la débilité des centres nerveux.

Cependant, tous les procédés de l'hydrothérapie ne conviennent pas indifféremment au traitement des neurasthéniques. En général, ceux-ci supportent mal les excitations violentes et les soustractions de calorique très prononcées. Les procédés les plus doux sont de beaucoup plus préférables, et parmi ceux-ci il faut citer les lotions, l'enveloppement dans le drap mouillé et la douche froide mobile en jet brisé.

Drap mouillé et frictions. — L'enveloppement dans le drap mouillé peut être prescrit sans danger dans toutes les formes de la neurasthénie.

On se sert d'un drap tres dur que l'on trempe dans l'eau de 20° à 25° et que l'on tord fortement. Quand le drap est préparé, on le déploie et on le jette rapidement sur les épaules et le dos du patient (qui se tient debout), en ayant soin de ramener les bords en avant sur la poitrine, l'abdomen et les membres. Aussitôt on pratique avec la main appliquée sur le drap mouillé, des frictions régulières sur toute l'étendue du tégument, pendant une ou deux minutes; cela fait et le drap étant enlevé, on essuie rapidement le malade avec un autre drap sec et légèrement chauffé, en le frictionnant de nouveau méthodiquement.

Il s'habille ensuite et marche de façon à favoriser la réaction, ou, s'il est trop faible, il se met au lit pendant une heure et la réaction ne tarde pas à se produire. Les jours suivants, on peut abaisser progressivement la température de l'eau jusqu'à 15° ou 16°.

Drap mouillé ruisselant sans frictions. — Ce procédé consiste à envelopper le patient dans un drap trempé dans l'eau froide, mais non tordu, pendant une ou deux minutes, et à le frictionner ensuite légèrement avec un drap sec. Moins excitant que le précédent, ce procédé pourra d'abord être utilisé si le malade ne supporte pas d'emblée les frictions au drap mouillé et préalablement tordu.

Lotions froides. — Ces lotions pratiquées dans le tub avec une grosse éponge imbibée d'eau froide, peuvent aussi être employées pour entraîner le malade à la douche,

Douches froides. — La douche froide mobile, en jet brisé, est beaucoup plus active que l'enveloppement. Le jet brisé doit atteindre d'abord les pieds et les mollets, la surface postérieure du corps, mais en ayant soin de ménager la nuque et la tête. Puis, le malade se retourne et on asperge les parties antérieures. On termine en dirigeant le jet, sans le briser, sur les pieds pendant quelques secondes. La durée de la douche doit être très courte, elle ne doit pas dépasser trente secondes, et si l'eau est très froide (d'une température inférieure à 10°), six ou huit secondes suffiront.

Les pratiques hydrothérapiques doivent être continuées pendant une période de temps suffisamment prolongée. Un, deux et trois mois sont généralement nécessaires.

Chez les malades qui redoutent la douche froide, il faut procéder par entraînement. On peut tâter la sensibilité du patient en se servant d'emblée de la douche froide, mais la durée devra en être courte (deux à cinq secondes au plus). L'épreuve faite, on aura recours, pour acclimater les sujets que l'eau froide impressionne par trop vivement, soit à la douche chaude ou tiède, dont on abaissera progressivement le degré, soit à la douche écossaise.

La douche tiède ou tempérée est passible de quelques reproches : avec elle, la réaction vasculaire est, à peu près nulle, les malades n'ont aucune tendance à se réchauffer ; ils ont du

frisson et l'effet obtenu n'est rien moins que favorable.

La douche fraîche (18° à 25°) présente à peu près les mêmes inconvénients. La douche écossaise est un meilleur mode de préparation à l'eau froide. Elle consiste à donner tout d'abord une douche chaude d'une température de 36° ou 37°, qu'on élève progressivement et assez rapidement à 40° ou 45°. A ce maximum de thermalité, la douche chaude est continuée pendant trente secondes, une minute, deux minutes au plus et brusquement, sans transition, on abaisse la température de l'eau à 8° ou 10°; la durée de la douche froide ne devra pas excéder dix à quinze secondes.

Il est des neurasthéniques qui, quelle que soit la méthode d'entraînement employée, ne peuvent supporter l'action de la douche. Chez ceux-là on aura recours, à titre de traitement définitif, aux lotions, aux enveloppements avec le drap mouillé, et ou bien encore au *bain tempéré* (à 28° ou 32°). Dans ce bain, le malade doit éprouver une sensation de fraîcheur agréable, mais n'allant pas jusqu'au frisson. Il y séjournera de deux à cinq minutes.

Le *bain tiède* à 33°-36° a des effets surtout sédatifs; il modère l'activité du cœur, l'excitabilité des centres nerveux et facilite le sommeil. La durée doit être de trente à quarante minutes. Pour favoriser la calorification de la peau, il faut faire, après chaque bain, des frictions énergiques et un enveloppement suffisant.

La *douche chaude* à 33°-36° exerce la même action sédative que le bain chaud, mais elle a sur lui l'avantage d'être moins débilitante. Elle doit être administrée lentement en pluie mobile, avec une durée de trois à dix minutes.

Après la douche comme après le bain, le malade sera frictionné énergiquement et enveloppé soigneusement dans un peignoir chaud.

La douche écossaise pourra être utilisée avantageusement dans le traitement des neurasthénies arthritiques.

A certains symptômes prédominants ou fondamentaux des états neurasthéniques sont applicables divers procédés hydrothérapiques.

Contre la *céphalée* et les *vertiges* la douche froide est indiquée; nais il faut avoir soin de ne diriger le jet que sur les membres inférieurs et la moitié inférieure du tronc. Dans ces cas il faut soigneusement éviter de toucher la nuque et la partie supérieure du dos.

En effet, les applications d'eau froide sur cette région provoquent ou agravent les vertiges chez les neurasthéniques qui y sont sujets.

Aux malades atteints d'insomnie persistante, il faut prescrire la douche chaude ou le bain tiède à 30°, de courte durée, auquel on associe des affusions plus froides sur la tête. On peut encore employer le maillot humide : sur deux couvertures de laine étendues sur un lit on place un drap que l'on vient de tordre après l'avoir trempé dans de l'eau à 10°.

Le malade se place sur le drap dans lequel on l'enveloppe, après avoir été aspergé rapidement de quelques gouttes d'eau froide. On laisse le malade ainsi enveloppé pendant dix à vingt minutes. Le maillot humide doit être appliqué le soir.

Contre l'*atonie gastro-intestinale* on pourra prescrire la douche abdominale en éventail, la douche dorso-lombaire, la douche alternative localisée sur l'abdomen, d'une durée de deux minutes (Bouveret), ou bien encore la ceinture hypogastrique mouillée. Cette ceinture consiste en une bande de toile large de 20 à 35 centimètres et assez longue pour faire trois fois le tour du corps. Le premier circulaire seul est mouillé, les deux autres tiers de la pièce de toile sont secs et recouvrent exactement le premier. On enroule par-dessus une bande de flanelle. La durée de l'application varie de quinze à trente minutes.

La *rachialgie*, les douleurs précordiales sont généralement calmées par les douches chaudes ou écossaises localisées. G. Lyon.

Contribution au traitement de l'épilepsie par la méthode de Bechterew, par De Cesare. (*Riforma medica*, n° 188, p. 447, 1897.) — Le traitement de Bechterew consiste dans l'emploi simultané du bromure de potassium, de l'adonis vernalis et de la codéine. L'adonis vernalis est donné à titre de vaso-constricteur; il contribuerait, avec les bromures, à diminuer l'excitabilité des centres nerveux.

De Cesare faisait prendre chaque jour à ses malades la préparation suivante;

Adonis vernalis.....	1 gramme.
Faire infuser dans:	
Eau.....	50 grammes.
Ajouter :	
Bromure de potassium.	5 grammes.
Codéine.....	1 centigr.
Sirop simple.....	15 grammes.
Eau.....	70 —

Cette préparation était prise moitié le matin et moitié le soir.

Employé chez 8 malades, pendant six semaines, le traitement de Bechterew a donné de bons résultats, puisque les accès convulsifs ont disparu chez 4 d'entre eux, que chez les autres on a seulement observé des vertiges.

G. Lyon.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Petite chirurgie dermatologique; anesthésie, par Brocq. (*Presse médicale*, n° 69, p. 107, 1897.) — L'anesthésie locale *par congélation*, suffisante pour pratiquer de petites opérations, peut s'obtenir par nombre de procédés.

Le plus primitif consiste à appliquer sur la région qu'on veut rendre insensible, soit de la glace pure, soit plutôt un mélange de glace et de sel marin contenu dans un sac de tarlatane, qu'on laisse au contact de la peau jusqu'à ce qu'elle devienne blanche et dure.

Un autre moyen de produire la congélation est la pulvérisation d'éther; ses inconvénients sont la possibilité de la combustion de l'éther et les phénomènes réactionnels parfois très marqués : rougeur, congestion avec tendance aux hémorragies et élancements pénibles.

Le stypage imaginé par M. Bailly nécessite un appareil spécial destiné à recueillir le chlorure de méthyle gazeux, qui doit s'y liquéfier. Cet appareil se compose d'un tube de verre ouvert par une de ses extrémités et dont les parois et le fond sont isolés de l'air ambiant par un second tube concentrique plus large. Le chlorure de méthyle recueilli à la sortie du siphon dans le tube intérieur s'y maintient liquide, et il suffit d'en imbiber soit un tampon recouvert de peau et monté sur manche en bois, soit simplement de l'ouate serrée dans une pince ou roulée autour d'une tige de bois. On applique le tampon imprégné de chlorure de méthyle sur la région qu'on veut rendre insensible, jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment congelée, ce qu'indiquent sa consistance dure, cartonnée, et sa couleur d'un blanc neigeux.

Le chlorure de méthyle peut produire de véritables brûlures suivies d'escarres et surtout de pigmentations persistantes.

Le chlorure d'éthyle, que l'on pulvérise à l'aide d'un appareil spécial (appareil Bengué) est surtout recommandable pour l'électrolyse des poils, mais on ne peut guère l'employer à la face, car là il est nécessaire de tendre la peau avec la main gauche, pendant qu'on opère avec la main droite. Quand on doit opérer sur les membres, au contraire, le chloréthyle rendra de grands services. En effet, les poils y sont assez espacés pour qu'on n'ait pas besoin de tendre la peau; on dirige le jet de liquide sur un poil, pendant qu'on en détruit un autre.

Les diverses méthodes qui viennent d'être énumérées ont toutes un défaut capital, c'est qu'elles produisent dans les téguments des changements de consistance et de coloration tels, qu'il devient souvent impossible de reconnaître les limites du mal et de distinguer le tissu normal du tissu morbide. Quand on doit pratiquer soit le raclage, soit la scarification, opérations pour lesquelles il faut pouvoir apprécier avec l'instrument les différences de consistance des tissus sains et des tissus morbides, l'anesthésie locale par la congélation doit absolument être laissée de côté.

Anesthésie locale *par les substances analgésiantes* : Le gaïacol a été préconisé par M. Lucas-Championnière. Il a été essayé par M. Brocq sous forme de pommades fortes, pour insensibiliser les téguments de personnes qu'il opérait par l'électrolyse pour de l'hypertrichose. Il lui a paru que l'anesthésie obtenue était assez incomplète; d'ailleurs l'odeur du gaïacol incommode beaucoup de personnes.

La cocaïne reste encore le plus fidèle agent de l'anesthésie locale; son action est sûre, rapide, durable, à la condition qu'elle soit administrée en injections sous-cutanées.

Il faut se servir de solutions faibles; celle à 1 0/0 suffira le plus souvent; en tout cas on ne dépassera pas le titre de 2 0/0. Le véhicule se composera de parties égales d'eau distillée et d'eau de laurier-cerise; la solution doit toujours être préparée immédiatement avant l'emploi.

L'injection sera faite non dans le tissu sous-cutané, mais dans le derme, et même dans la partie supérieure du derme, là où le tissu est le plus dense. Il faut prendre une aiguille coudée à 45°, en acier, car les aiguilles en platine iridié ne piquent pas suffisamment. On introduit obliquement la pointe dans le derme et on injecte quelques gouttes; on voit se former autour de la piqûre un œdème blanc. On attend quelques instants, de façon à laisser le temps au liquide de diffuser dans les tissus voisins; puis, on pousse l'aiguille en avant, de quelques millimètres, parallèlement à la surface; on injecte encore quelques gouttes; on attend de nouveau, et ainsi de suite, jusqu'à ce que toute l'aiguille ait pénétré.

On a à ce moment une zone d'anesthésie de 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre à 1 centimètre et demi de largeur. On obtient ainsi une anesthésie à peu près complète qui dure de dix à quinze minutes.

Voici les indications de l'emploi des divers procédés d'anesthésie locale :

1° Pour l'électrolyse des poils des membres, employer le chloréthyle avec le pulvérisateur automatique;

2° Pour les petites lésions de la peau telles que les papillomes, les verrues, et dans tous les cas où le tissu morbide est facile à distinguer des tissus sains, comme les verruqueux, le lupus scléreux, etc., se servir du chlorure de méthyle (stypage) si l'on doit agir avec le fer rouge, du chloréthyle ou de l'éther si l'on doit agir avec les méthodes sanglantes;

3° Employer la cocaïne en applications externes sur les muqueuses et sur les surfaces avivées (épithélioma); ne recourir aux injections sous-cutanées qu'avec la plus grande circonspection.

G. Lyon.

Formes et traitement de la syphilis du rein, par Plicque. (*Presse médicale*, n° 79, p. 184, 1897.) — La syphilis rénale est souvent extrêmement précoce. Cette néphrite est insidieuse. Les douleurs lombaires sont souvent à peine accentuées. Au début, ce sont les œdèmes disséminés, quelquefois les hématuries qui attirent l'attention. L'albumine est en quantité considérable, cette néphrite, méconnue, peut tuer en quelques semaines.

Le traitement spécifique amène, au contraire, et presque toujours, la guérison. Celle-ci est parfois rapide, s'obtient en quelques semaines ou en quelques mois. Cette action rapide du traitement est même pour Mauriac un des principaux éléments du diagnostic. Parfois, pourtant, le traitement doit être longtemps continué. Comme après toutes les néphrites graves, de grandes précautions sont utiles après la guérison pour prévenir les rechutes; on se défiera en particulier de l'application des vésicatoires et des refroidissements.

Le rôle attribué au traitement mercuriel dans la production de cette néphrite est définitivement jugé, depuis que Mauriac a rapporté des faits où celle-ci était survenue chez des malades vierges de tout traitement. Loin de produire la néphrite, le mercure est contre elle un des agents les plus puissants; mais son emploi doit être très surveillé. Les frictions, par exemple, sont défavorables en raison de la difficulté de régler la dose absorbée.

La liqueur de Van Swieten à la dose d'une cuillerée à soupe par jour, suffira en général. Gallois et Gaucher donnent également le tannate de mercure à la dose de 10 à 20 centigrammes. On connaît, en effet, l'efficacité du tanin dans certaines albuminuries.

L'iodure de potassium doit toujours être associé au mercure. Les doses doivent être aussi élevées que la tolérance digestive le permettra. Elles atteindront 3 à 4 grammes par jour.

A côté du traitement spécifique, Mauriac insiste justement sur l'utilité du traitement général de la néphrite subaiguë : régime lacté exclusif, stimulants de la peau, diurétiques, laxatifs légers. L'application répétée de ventouses sèches ou même scarifiées sur la région lombaire sera également très utile.

La néphrite syphilitique tardive est essentiellement chronique. Dans cette forme, les gommes qui consituent l'élément justiciable du traitement spécifique sont assez rares. Wagner, sur 63 autopsies de néphrite syphilitique, ne les a rencontrées que trois fois; alors même elles s'accompagnent de lésions interstitielles et parenchymateuses banales sur lesquelles les traitements les plus énergiques ont peu d'action. La dégénérescence amyloïde, enfin, si fréquente dans les syphilis anciennes, est, elle aussi, une lésion tenace souvent définitive.

Dans ces néphrites tardives, l'iodure de potassium reste la grande ressource. Les indications du mercure sont beaucoup plus restreintes.

Alors même que l'état cachectique, l'hypertrophie du foie et de la rate, la diarrhée, l'existence d'anciennes suppurations osseuses font particulièrement craindre la dégénérescence amyloïde, l'iodure peut encore donner des succès. (Observation d'Hérard à la Société médicale des hôpitaux, 1864.) Dans les néphrites avec cachexie extrême, dans le rein amyloïde en particulier, le régime lacté exclusif serait plus nuisible qu'utile. Tous les auteurs conseillent de donner, au contraire, une alimentation très substantielle. Outre les légumes, le vin vieux, la viande, les œufs, seront largement permis. Le sirop d'iodure de fer, les préparations iodo-tanniques pourront alterner avec l'emploi de l'iodure de potassium. La boisson dite antibrightique de Semmola mérite également d'être connue :

Iodure de potassium.....	1	gramme.
Phosphate de soude.....	2	—
Chlorure de sodium.....	6	—
Eau.....	1	litre.

Le mélange salin peut être aussi donné dans un litre de lait.

Dans la syphilis héréditaire, le traitement spécifique peut, dans certains cas, amener la guérison d'accidents graves.

Les doses de mercure seront faibles. Parrot conseillait la liqueur de Van Swieten de la façon suivante :

Liqueur de Van Swieten	2 à 3	grammes.
Sirop de gomme.....	25	—

A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, avant les tétées.

Les frictions peuvent être également prescrites. Les doses seront, pour la pommade suivante,

2 grammes avant trois mois, 4 grammes avant trois à six mois, 6 grammes jusqu'à un an :

Onguent mercuriel.....	10 grammes.
Axonge.....	20 —

La syphilis héréditaire tardive semble rarement frapper le rein. Bartels a cependant rapporté un cas qu'il regarde même comme ayant été compliqué de dégénérescence amyloïde et qui guérit par l'iodure de potassium.

Dans l'hémoglobinurie paroxystique, la syphilis soit héréditaire, soit acquise, est un facteur étiologique des plus importants. Elle interviendrait dans plus des deux tiers des cas. Les guérisons par le traitement spécifique ont été fréquentes. L'iodure de potassium mérite, en particulier, d'être essayé dans l'intervalle des accès, alors même que d'autres causes que la syphilis semblent pouvoir être invoquées.

G. Lyon.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER
Chirurgien des hôpitaux.

Taille et lithotritie. (*Association française d'urologie.*) — M. Edgar Chevalier (de Paris). — La comparaison entre la lithotritie et la taille est faite, très souvent, dans un esprit très différent, suivant qu'elle est faite par des chirurgiens habitués à la lithotritie ou par des chirurgiens à qui cette opération n'est pas familière. Ces derniers, les plus nombreux, font à la lithotritie une série de reproches que l'auteur déclare injustifiés.

Le premier veut que cette opération, d'une exécution plus délicate que la taille, n'a pas l'allure « chirurgicale » de celle-ci, qui exige le bistouri et une opération à ciel ouvert. Cette objection ne mérite pas qu'on s'y arrête; en réalité la lithotritie est au moins autant, sinon plus, chirurgicale que la taille.

Le second reproche fait de la lithotritie une opération plus dangereuse que la taille; il ne supporte pas non plus la critique des faits, si l'on tient compte des observations des chirurgiens pratiquant les deux opérations; et la lithotritie, avec un peu d'habitude et d'attention est à la portée de tous, quoiqu'on en dise.

La troisième objection, en apparence plus grave, est que la lithotritie expose aux récidives, que la taille évite. La lithotritie, dit-on laisse ou peut laisser des fragments que la taille permet d'enlever. A cela M. le Pr Guyon, dans ses leçons, et Albarran à Moscou, ont déjà victorieusement répondu, sans parler des examens cystoscopiques qui ont montré la vessie nettement débarrassée. Quant à la récidive, elle n'est pas plus évitée dans l'une que dans l'autre opération, et l'auteur a dû faire, en mars-avril, une lithotritie à un malade, taillé fin septembre 1896, par un de nos collègues de province, très au courant de ces choses, et chez lequel pourtant on retrouva, fin décembre 1896, un nouveau calcul. La vessie s'était infectée, et la cystite avait permis, non seulement la formation d'un calcul phosphatique, ce qui est presque banal, mais la formation d'un nouveau calcul urique, qui, descendu du rein, n'avait pu s'éliminer et s'était accru. Le malade lithotritié à Pâques, par Chevalier, a été débarrassé de sa cystite et de son calcul.

La récidive ne dépend donc pas de la nature de l'opération. Elle tient ou à l'organisme « calculs d'organisme » (Guyon), si la pierre est urique ou oxalique, ou à la suppuration de la vessie ou du rein « calcul d'organe » (Guyon), et la lithotritie garde, sur la taille, l'avantage de pouvoir être répétée souvent.

Les indications de la taille, quoique très restreintes, existent pourtant, quand les pierres sont trop grosses, trop dures ou trop nombreuses et l'état général ou vésical trop mauvais.

M. Albarran est de l'avis de l'auteur, mais jamais on n'est très sûr que la lithotritie soit complète; aussi fait-il une vérification par l'endoscope, dans la huitaine qui suit l'opération : cet examen présente de grandes facilités, car on se trouve en présence d'un urèthre très large et d'une vessie reposée depuis qu'elle a été débarrassée par l'opération. Nitze a proposé l'examen immédiat à l'aide d'un cystocope introduit dans la sonde évacuatrice; ce n'est pas toujours possible dans des vessies saignantes.

Quant à la suture d'une cellule vésicale, comme on l'a proposé, c'est une mauvaise opération; on ferme ainsi une cavité qu'on ne peut désinfecter et on s'expose soit à une ouverture péritonéale, soit à la désunion de la suture.

R. Blondel.

Récidive post-opératoire des calculs de la vessie. (*Association française d'urologie.*) — M. Pousson (de Bordeaux). — Grâce aux progrès apportés à la pratique de la lithotritie moderne, rapide et antiseptique, cette opération a vu son champ s'accroître de jour en jour, au point que la taille ne trouve plus ses indications que dans quelques cas exceptionnels. L'un des arguments que les partisans irréductibles de la méthode

sanglante ont le plus complaisamment invoqué contre le broiement et l'aspiration est la fréquence des récidives. Mais l'orateur croit pouvoir affirmer que la lithotritie faite selon les règles permet d'évacuer les plus petits débris et fournit, avec des risques moindres que la taille, une égale garantie contre les récidives. La cystoscopie permet, d'ailleurs, de contrôler les résultats de l'évacuation.

En réalité, les récidives post-opératoires tiennent beaucoup moins à l'oubli d'un fragment qu'à la persistance des causes générales et locales de la lithiase vésicale. Ce qui le prouve, c'est que la taille, pas plus que la lithotritie, n'est capable de la prévenir. Sur 40 des premiers malades qu'il a opérés depuis qu'il exerce et qu'il a pu suivre jusqu'à ce jour, M. Pousson a pratiqué 35 fois la lithotritie et 5 fois la taille; or, il compte 11 récidives chez des lithotritiés et 5 chez des taillés. Les deux récidives dans cette seconde série d'opérés s'expliquent par l'existence d'une infection tenace de la vessie que ni des sondages et des lavages réguliers, ni des soins minutieux du réservoir, ne parvinrent à modifier. Les 11 malades qui récidivèrent après la lithotritie doivent être divisés en deux catégories : la première comprend 5 malades porteurs de calculs uriques dans un appareil urinaire sain; la seconde en compte 6 qui présentaient des concrétions phosphatiques pures ou avec noyaux uriques, et avaient la vessie infectée. Dans la première catégorie, 4 malades furent lithotritiés à nouveau une fois, et 1 dut l'être deux fois.

L'intervalle écoulé entre la première et la seconde intervention qui, à l'exception d'un seul malade, se mesure par deux ans, deux ans et trois mois, cinq ans et demi, ne permet pas de s'arrêter à l'hypothèse que la récidive reconnaît pour cause le débarras incomplet de la vessie.

Des 6 observations de récidivistes infectés et porteurs de concrétions phosphatiques, 4 méritent une simple mention; elles ont trait à des malades qui subirent seulement deux lithotrities; mais deux sont dignes de fixer l'attention, car on dut pratiquer chez l'un 6 fois le broiement et l'aspiration dans une période de cinq ans, et chez l'autre 7 fois en quatre ans. Chez ces deux malades l'existence d'une cystite rebelle et le développement hypertrophique considérable de la vessie, qui les met dans l'impossibilité d'uriner, sans avoir recours à la sonde, rend compte de ces récidives. Le chirurgien bordelais a proposé la cystolithotomie, l'une des opérations destinées à amener l'atrophie de la prostate, et il s'est buté à un refus formel.

Les observations précédentes, loin de fournir un argument aux partisans de la taille contre la lithotritie plaident, au contraire, en faveur de cette méthode. Et tout d'abord, la série des tailles prouvent que l'ouverture de la vessie elle-même ne met pas à l'abri des récidives.

En second lieu, la catégorie des calculeux uriques non infectés, soumis à la lithotritie n'auraient certainement retiré aucun bénéfice des cystolithotomies successives qui auraient dû leur être pratiquées, mais auraient en revanche couru les risques croissants de ces opérations itératives. La cure radicale des calculs primaires n'appartient pas à la chirurgie, c'est à la médecine que revient le rôle d'atteindre le mal dans sa racine. Malheureusement elle est le plus souvent désarmée et elle trouve dans la lithotritie, aujourd'hui si bénigne, une ressource précieuse pour débarrasser la vessie des concrétions rénales que certains malades ne cessent de fabriquer.

Les calculeux phosphatiques et infectés auraient-ils trouvé plus de garantie contre la récidive dans la taille que dans la lithotritie? Il est permis d'en douter si l'on se rapporte aux deux observations de la première série, dans lesquelles on fut obligé de broyer des concrétions formées dans des vessies antérieurement incisées. Il est vrai que chez ces deux malades, outre la cystite chronique, il existait une disposition anatomique particulière de la vessie (cellule vésicale chez l'un, énorme développement du lobe moyen de la prostate chez l'autre) qui, sans doute, a joué un rôle dans la récidive.

Ce sont ces dispositions anatomiques, bien plus que l'infection de la vessie, qui constituent une des indications de la cystolithotomie qui doit être faite alors, non pas tant pour extraire le calcul que pour remédier aux circonstances susceptibles de favoriser sa formation ultérieure : suture du collet dans le cas de cellules vésicales, ablation du lobe moyen de la prostate dans le cas d'hypertrophie de cette glande, etc.

R. Blondel.

Résection des canaux déférents et hypertrophie prostatique. — M. P. Hamonic (de Paris) (*Association française d'urologie*) présente une statistique opératoire de 11 cas dans lesquels il a pratiqué la résection double des canaux déférents pour hypertrophie de la glande prostatique.

Dans 7 cas, le résultat thérapeutique a été positif, mais il s'agissait là de prostatiques congestifs ou atteints de subinflammation glandulaire superposée à l'hypertrophie, et l'élément pathologique d'où dépendaient surtout les accidents actuels était l'hyperémie.

Dans 2 cas les résultats ont été moins positifs, mais les deux malades s'éloignaient de la série précédente et chez eux l'élément congestif était moins prédominant.

Enfin, chez deux prostatiques opérés *à froid*, c'est-à-dire en dehors de toute complication congestive surajoutée, le résultat a été absolument négatif.

M. Hamonic conclut que la vasectomie est inconstante dans ses effets et qu'elle paraît agir plus sur l'élément congestif que sur le tissu hypertrophique lui-même.

R. Blondel.

Castration pour hypertrophie prostatique. — (*Association française d'urologie.*) — M. Loumeau (de Bordeaux) a pratiqué deux fois la castration chez des prostatiques atteints de rétention chronique complète.

Le premier, âgé aujourd'hui de 67 ans, était en rétention complète d'urine depuis quatre ans et demi, et fut opéré le 23 mai 1896. Au bout de seize jours le malade pouvait uriner sans sonde. Actuellement, dix-sept mois après la castration, il urine facilement sans être obligé de se sonder. Il n'emploie la sonde que pour évacuer le résidu vésical, qui oscille entre 60 et 400 grammse. Sa prostate, complètement effacée, ne se sent pas plus au toucher rectal qu'au cathétérisme urétral. Avant l'opération elle avait le volume et la consistance d'une mandarine.

Le second malade, âgé de 68 ans, était rétentioniste depuis trois ans, avec prostate moyenne comme volume et comme consistance, mais très grande difficulté de cathétérisme. L'orchidectomie totale, pratiquée le 13 juin 1896, amena, au bout de trente-six heures, la disparition complète de la rétention et, au bout de huit mois, l'atrophie totale de la glande prostatique, aussi insensible au cathétérisme qu'au toucher rectal. Le malade a vidé complètement sa vessie par la miction naturelle jusqu'à sa mort, survenue brusquement par hémorragie cérébrale, le 8 avril dernier, dix mois après la castration.

En somme, dans un cas, on a obtenu la transformation de la rétention complète en rétention incomplète; dans l'autre, la disparition absolue de la rétention complète; chez les deux opérés, la prostate s'est entièrement atrophiée. Chez aucun d'eux, on n'a constaté le moindre trouble psychique post-opératoire, mais seulement une décrépitude et une faiblesse plus grande que ne le comportait leur âge.

M. Carlier (de Lille) a fait neuf fois la résection des canaux déférents, deux fois la castration, avec un insuccès complet.

M. Desnos estime que les résultats qui viennent d'être produits à propos de la résection des canaux déférents, sont loin d'être favorables à cette opération; les résultats de sa pratique personnelle sont conformes à l'observation de ses collègues; dans un cas même, loin d'obtenir une amélioration, M. Desnos a vu une aggravation survenir dans la circonstance que voici : un malade avec une prostate assez développée présentait des troubles urinaires assez marqués, mais urinait spontanément. On lui fit une résection double des déférents : tout se passa bien au point de vue opératoire; mais à partir de ce jour, la miction spontanée fut abolie, et depuis six mois que l'opération est pratiquée, il n'a pu uriner qu'au moyen du cathétérisme. Le volume de la prostate est resté le même.

R. Blondel.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Traitement de l'endométrite hémorragique par la vapeur d'eau bouillante, par Pitha. (*Centralbl. für Gynœck.*, n° 22, p. 652.) — Cette méthode, inaugurée il y a trois ans par Snéguireff (de Moscou), commence à se répandre en Allemagne et en Autriche. Le procédé primitif de l'auteur, qui consistait à faire parvenir dans l'utérus, au moyen d'une sonde, la vapeur provenant d'une marmite en ébullition, a été l'objet de perfectionnements techniques importants. C'est surtout dans la métrite hémorragique rebelle, c'est-à-dire celle qui a résisté au curettage répété et aux injections utérines de teinture d'iode, que ce traitement trouve son indication principale. M. Pitha s'en est montré également très satisfait contre les hémorragies dépendant de fibromes utérins, contre le cancer ou après l'avortement. Mais, selon lui le contact de la sonde surchauffée est pour beaucoup dans l'effet local produit. Sur des utérus enlevés par l'hystérectomie et qu'il a soumis expérimentalement à ce traitement, il a vu que l'escarre était beaucoup plus épaisse dans les régions de la muqueuse qui avaient été en contact avec la sonde tandis que cette épaisseur allait en diminuant régulièrement autour de ce point. En somme, l'effet est celui d'un cautère modérément chaud; d'autre part, il est probable que la vapeur d'eau n'arrive dans l'utérus que parvenue à une température beaucoup plus basse et par conséquent moins active. Quoi qu'il en soit, le résultat a toujours été excellent. L'opération se fait sous le chloroforme et la malade garde le lit trois semaines, c'est-à-dire jusqu'à la chute de l'escarre. L'aseptie du vagin

est maintenue pendant ce temps par des injections antiseptiques et un tamponnement à la gaze iodoformée.

R. Blondel.

De la destruction de la muqueuse utérine par les injections d'eau bouillante, par R. Schick. (*Centralblatt für Gynæk.* n° 23, p. 645.) — Ce travail est consacré au même sujet que le précédent, mais l'auteur a recours non plus à la vapeur d'eau, mais à l'eau bouillante en nature, qu'il fait parvenir au contact de la muqueuse grâce à un dispositif un peu spécial que nous résumons rapidement. Dilatation de l'utérus au moyen des laminaires en vingt-quatre ou quarante-huit heures. La malade est endormie : la vulve et le vagin sont soigneusement désinfectés : deux valves, l'une postérieure, l'autre supérieure, maintiennent largement écartées les parois vaginales, et donnent accès sur le col qui est abaissé à l'aide d'une pince tire-balles fixée sur la lèvre antérieure. Une marmite en ébullition est placée sur un fourneau derrière l'opérateur. Un tube de caoutchouc y plonge, formant siphon et retenu au fond de la marmite par un plomb. Ce tube se relie à une sonde à double courant qu'il recouvre en partie pour permettre à l'opérateur de saisir l'instrument sans se brûler les doigts. Une canule amène d'un réservoir spécial de l'eau glacée qui coule en abondance dans le vagin, en même temps que l'eau bouillante sort de l'utérus et en empêche les effets fâcheux : le mélange qui s'écoule doit être tiède ; c'est une question de calibre respectif des tubes à régler. L'opération ne doit durer qu'une minute à une minute et demie, jamais plus. Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le vagin. Il n'est jamais survenu aucun accident, ni fièvre, ni douleur. Une seule cautérisation à l'eau bouillante a suffi, dit l'auteur, à amener la guérison d'endométrites hémorragiques rebelles : rarement il a fallu un mois ou six semaines après en recommencer une seconde, qui fut toujours définitive.

R. Blondel.

De l'hystérectomie abdominale totale et partielle, par Terrier, Péan, Bouilly, Hartmann. (*XI° Congrès français de chirurgie.*) — M. Terrier emploie le procédé de M. Delagénière pour l'hystérectomie totale, mais en supprimant le lambeau postérieur, difficile à séparer. Pour l'hystérectomie *sus-vaginale*, il attire la tumeur en haut avec le tire-bouchon de Delagénière. Puis il taille un lambeau péritonéal antérieur, en réunissant par une incision courbe les deux pédicules utéro-ovariens préalablement liés. Il cherche ensuite les artères utérines pour les lier ou les pincer et fait immédiatement la section supra-vaginale du col. Le col est cautérisé ; un premier surjet est fait sur le moignon et le lambeau antérieur péritonéal est suturé par-dessus ce moignon au péritoine du cul-de-sac de Douglas. Il lie également les ligaments ronds, ainsi que le font les Américains, et immerge tous les pédicules vasculaires sous le péritoine du plancher ; une condition fort importante de succès réside dans le soin que l'on apporte à avoir une surface péritonéale continue.

M. Péan rappelle qu'il a fait sa première hystérectomie abdominale totale en 1868. Il n'a pas changé autre chose à sa méthode que les procédés d'hémostase. C'est la voie abdominale qui permet de préciser le mieux le siège et les rapports des grosses tumeurs. Mais la *voie vaginale* est bien moins dangereuse et doit être choisie toutes les fois que les tumeurs sont multiples, peu volumineuses et placées à la partie inférieure du bassin. Si le chirurgien reconnaît, au cours d'une opération, que la tumeur est située trop haut et trop largement implantée pour qu'on puisse l'abaisser, il doit achever par la voie abdominale. Cette dernière voie convient exclusivement aux tumeurs développées dans l'abdomen, à la partie supérieure des ligaments larges. Il préconise, même dans ces cas, la voie mixte, le moignon étant facilement enlevé par le vagin à la fin de l'opération.

MM. Hartmann et Montprofit (d'Angers) viennent se déclarer partisans de l'hystérectomie abdominale totale, même pour les fibromes de petit volume, fibromyomes ou cancers. MM. Péan et Bouilly maintiennent qu'on ne saurait accepter cette théorie et que la voie vaginale est sûrement la moins dangereuse et doit être la voie de choix pour les fibromes de petit, moyen et même assez gros volume s'ils sont accessibles.

Aug. Benoit.

De l'élytrotomie postérieure dans le traitement du prolapsus utérin, par Reynier. (*XI° Congrès français de chirurgie.*) — Considérant, avec Trélat, que le prolapsus utérin est dû à l'affaiblisssement du muscle releveur, l'auteur a imaginé de créer des adhérences fibreuses au niveau du col, en ouvrant largement le cul-de-sac postérieur et en le drainant avec de la gaze iodoformée. L'hystéropexie peut être pratiquée auparavant. C'est la réalisation des adhérences pathologiques, qui, dans bien des cas, s'opposent au prolapsus utérin, malgré des ptoses diverses.

Aug. Benoit.

Obstétrique.

Dr L. DÉMELIN

Accoucheur des hôpitaux.

Traitement des déchirures du col consécutives à l'accouchement, par le Dr AUDEBERT. (In *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 12 août 1897.) — L'accident contre lequel on peut avoir à lutter consécutivement aux si fréquentes déchirures du col pendant l'accouchement est l'hémorragie.

Les piqûres d'ergotine, les injections chaudes vaginales ou intra-utérines, sont insuffisantes.

Audebert regarde comme incertaines, et peut-être même dangereuses, l'application de longues pinces hémostatiques sur les surfaces cruentées, et la compression du point saignant par deux doigts introduits dans le vagin (Veit). Il est certain que les pinces hémostatiques déchirent ordinairement le tissu cervical déjà si ramolli par la gestation. Quant à la compression locale, elle ne mérite pas l'ostracisme dont l'auteur veut la frapper. Nous y reviendrons.

Les ballons employés comme agents de compression directe n'inspirent qu'une confiance médiocre. Il en est de même, d'après Audebert, pour le traitement de Fritsch qui consiste à rapprocher les cuisses de la femme, et après lui avoir relevé le siège, à lui frictionner l'abdomen pendant qu'elle garde le repos absolu; l'hémorragie doit s'arrêter grâce à la formation des caillots sanguins dans le vagin; en cas d'échec il faudrait recourir à l'injection de perchlorure de fer.

Nous condamnons en France cette injection de perchlorure de fer, à cause du magma malpropre qu'elle produit dans le vagin, et surtout des dangers possibles d'embolie mortelle. Quant au repos absolu, les jambes rapprochées, il suffit bien souvent dans les hémorragies légères qui au contraire sont exaspérées et entretenues par des manœuvres intempestives.

Plus efficace est le procédé de Breisky répandu en France par Doléris et Fraine: on l'exécute, en produisant à l'aide du palper combiné avec le toucher, une antéflexion et un tassement forcé du corps utérin sur le col. La compression doit être maintenue pendant cinq à dix minutes.

Le tamponnement vaginal ou utéro-vaginal, malgré les reproches dont Audebert le juge passible, est un moyen auquel on a eu recours dans la plupart des observations citées par les auteurs. « Le tamponnement, ajoute Audebert, pour être vraiment hémostatique doit être très complet et remplir exactement la cavité vaginale, ce qui demande une certaine expérience obstétricale. » Double erreur en ce qui concerne les hémorragies par déchirure du col, contre lesquels le Pr Tarnier préconise depuis longtemps le tamponnement local, réalisé par l'application sur la surface saignante d'un ou de deux bourdonnets aseptiques maintenus en place pendant quelques minutes à l'aide des doigts. Ainsi nous sommes ramenés à la compression locale, déjà signalée plus haut.

Audebert préfère la suture de la déchirure cervicale, qu'il décrit de la manière suivante : « Quand on s'est rendu compte par le toucher de la situation et de la direction approximatives de la rupture, on doit, pour se donner du jour, appliquer deux larges valves sur la paroi antérieure et postérieure du vagin. Le col apparaît alors sous l'aspect d'une masse volumineuse informe et sanguinolente. *Il est un peu malaisé de s'orienter de prime abord*, mais avec un peu d'attention on parvient à retrouver la plaie cervicale. A l'aide d'une pince de Duplay, on attire doucement le col à la vulve et quand la déchirure est largement étalée sous les yeux, on absterge et on égalise soigneusement les surfaces cruentées. Inutile d'ajouter qu'avant de procéder aux sutures on devra lier les artères donnant du sang. On se servira de préférence pour les sutures du catgut n° 3 monté sur une aiguille à pédale. Pour que la coaptation soit parfaite, le catgut devra traverser complètement le tissu du col, d'abord sur une lèvre de dedans en dehors, par exemple, franchir ensuite à la manière d'un pont la solution de continuité, puis à travers l'autre lèvre, venir de dehors en dedans retrouver l'extrémité originelle. On a ainsi enserré la déchirure dans un cercle complet. Les points de suture seront placés au nombre de trois, quatre ou cinq suivant l'étendue de la perte de substance en commençant par le plus élevé. Pour que l'effet hémostatique et la prompte réparation soient plus assurés, il ne faudra pas craindre de prendre de l'étoffe de chaque côté et de serrer chaque point. »

DEMELIN.

Du veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, par FANTON D'ANDON. (*Thèse de Paris*, 1897.) — La meilleure préparation de veratrum viride ou ellébore vert, est la teinture, qu'on administre soit directement par la bouche ou le rectum, soit en injection hypodermique.

Comme effets physiologiques généraux, le veratrum viride exerce une action très marquée sur l'activité cardiaque et vasculaire qu'il modère ainsi que le pouls. Il diminue l'excitabilité nerveuse; il produit un relâchement musculaire

complet; il provoque des nausées et des vomissements et il stimule les sécrétions urinaires.

Dans l'éclampsie puerpérale, il arrête les convulsions en ralentissant le pouls; car, pratiquement, on ne connaît pas d'exemple de convulsions ayant persisté avec un pouls de 60 et au-dessous; il abaisse la température; il diminue la rigidité des fibres annulaires du col utérin qu'il rend plus souple; il provoque une rapide diaphorèse, et une abondante diurèse, favorisant ainsi l'élimination des principes toxiques.

On doit donner des doses massives du médicament pour obtenir ces effets; elles sont sans danger, l'expérience l'a prouvé surabondamment, tant que l'état convulsif persiste. Le soulagement survient dès que le pouls est descendu au-dessous de la normale avec sueurs profuses, nausées et vomissements, relâchement musculaire complet. La dépression qui suit n'a aucun danger et disparaît en quelques heures.

En compulsant les observations, on sait que la dose employée a été de dix à trente gouttes à la fois, administrées tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, toutes les heures, suivant la gravité du mal, et jusqu'à ce que le pouls tombe aux environs de 60 par minute. Autant que possible, on doit obtenir ce résultat sans provoquer de vomissements; mais c'est là un point de pratique assez délicat pour calmer les vomissements, on emploiera l'opium. On a atteint jusqu'à la dose de 8 grammes de teinture en moins de deux heures.

En piqûres sous-cutanées, on injecte de 60 centigrammes à 1 gr. 20, par doses répétées deux à trois et quatre fois de demi-heure en demi-heure.

Quand le pouls est tombé, on diminue et on espace les doses. Dans tous les cas, il faut tenir la malade sous l'influence du veratrum au moins pendant vingt-quatre heurea, c'est-à-dire augmenter et rapprocher les doses dès que le pouls remonte pour les diminuer et les espacer quand il baisse.

Le médicament s'élimine rapidement.

L'effet du remède est atteint complètement dès que les nausées et les vomissements apparaissent.

La formule de la teinture officinale est la suivante :

Infusez ensemble :

Feuilles et tiges de veratrum viride.....	400 grammes.
Alcool.....	Q. s. pour faire 1,000 centimètres cubes.

DEMELIN.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Des médicaments qu'il ne faut pas prescrire en cachets, par BRICEMORET. (*Journal des Praticiens*, nos 29 et 30, 1897.) — Un grand nombre de substances prescrites en cachets présentent, sous cette forme, des incompatibilités d'ordres divers, d'ordre physico-chimique et d'ordre physiologique. En ce qui concerne ces dernières, il convient de signaler l'abus que l'on fait du salicylate de soude et de l'antipyrine administrés en cachets.

Il n'est pas rare de voir prescrire dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, de 6 à 8 grammes de salicylate de soude, en cachets de 1 gramme, dose à répartir dans les vingt-quatre heures, par fractions généralement de 2 grammes, d'où résultent souvent du malaise gastrique, allant parfois jusqu'aux vomissements; l'action irritante du salicylate de soude sur la muqueuse stomacale peut même déterminer des ulcérations.

L'action souvent fâcheuse de l'antipyrine sur la digestion doit être, dans un très grand nombre de cas, mis sur le compte de son administration en cachets.

Pour réduire au minimum l'action topique de ces deux substances, il est nécessaire de prescrire pour elles la formule en cachets.

Le salicylate de soude devra être administré, dilué dans au moins vingt fois son poids d'eau.

L'antipyrine sera avec avantage dissoute dans un verre d'eau de Vichy, qu'on pourra au besoin rendre gazeuse, au moment de l'emploi, à l'aide d'une trace d'acide citrique.

Pour des causes différentes, mais non moins importantes, au point de vue pratique, il existe toute une série de substances médicamenteuses qu'il ne faut jamais prescrire en cachets. On peut les répartir en trois groupes.

Le premier renferme les substances déliquescentes absorbant facilement l'humidité de l'air et formant avec le cachet une pâte plus ou moins fluide.

Le second comprend les corps dont le mélange donne naissance à un composé de consistance fluide, se conduisant avec le cachet comme les corps du premier groupe.

Dans le troisième groupe seront rangées les substances décomposées par l'oxygène de l'air et dont les produits de décomposition colorent le cachet.

Dans le premier groupe rentrent :

1° Les phosphates acides et leurs dérivés les phospho-glycérates;

2° Le bromure de sodium;

3° Le chlorure de calcium cristallisé;

4° Le chlorure de strontium;

5° Le citrate de fer ammoniacal et le tartrate ferrico-potassique;

6° La pipérazine et la lysidine;

7° Le chloral;

8° Les extraits végétaux secs et en général les produits préparés par évaporation dans le vide.

Dans le second groupe rentrent les corps qui seuls ne sont pas altérables à l'air, mais qui, mélangés, donnent des composés extrêmement avides d'eau, tombant en déliquescence : tel est le mélange d'antipyrine et de salicylate de soude. L'antipyrine donne avec le salicylate de soude un salicylate double de soude et d'antipyrine, sel très déliquescent.

Dans le dernier groupe rentrent les iodures alcalins et alcalino-terreux et les aristols. Les iodures de potassium et de calcium s'altèrent à l'air, le premier assez lentement, le second très rapidement et mettent de l'iode en liberté qui, au contact de l'amidon renfermé dans la trame du cachet de pain azyme, colore plus ou moins son enveloppe. Les aristols, dérivés iodés des phénols, doivent une bonne partie de leurs propriétés à leur faible stabilité, à la facilité avec laquelle ils peuvent mettre en liberté l'iode qui entre dans leur molécule. Mis en cachets ils colorent également leur enveloppe.

G. Lyon.

De l'action thérapeutique du camphre. (*Chirurgie russe*, n° 5, 1897.) — Ordine s'est servi du camphre phéniqué, préparé d'après le procédé de Cochran (une partie d'acide phénique pour trois parties de camphre). Le camphre phéniqué se présente sous forme d'un liquide incolore avec une odeur très prononcée de camphre.

Depuis trois ans, Ordine a recours à cette substance thérapeutique dans de différentes affections chirurgicales. Ainsi, dans les furoncles au début, il prescrit des frictions au camphre phéniqué, répétées deux ou trois fois par jour; ce traitement a pour résultat de faire avorter le furoncle et de supprimer la douleur. D'autre part, dans des cas où les furoncles sont déjà mûrs, le camphre phéniqué a pour résultat de diminuer la douleur. Dans les cas où il s'agit d'abcès ou d'ulcères survenus à la suite de furoncles, le camphre phéniqué exerce également une action incontestablement favorable : sous l'influence des pansements au camphre phéniqué, les douleurs diminuent rapidement, les ulcères se détergent et la cicatrisation s'accélère. Enfin, les blessures par suite de traumatismes et de plaies par arme à feu sont influencées favorablement.

Le pansement est pratiqué de la façon suivante : Après avoir nettoyé l'ulcère, on applique un tampon d'ouate hydrophile trempée abondamment dans du camphre phéniqué. Ce tampon est recouvert par un autre tampon ouaté sur lequel on applique du taffetas anglais. Le pansement est changé une ou deux fois par jour, ou plus rarement suivant les cas.

Sous l'influence de ces pansements, on nota, dans les cas de phlegmon, la diminution de la suppuration, l'absence presque complète de fièvre et de douleurs, une évolution plus rapide. Dans les cas de carie dentaire, la douleur disparaissait presque toujours après l'introduction dans la cavité de la dent cariée, d'un petit tampon trempé dans du camphre phéniqué. Il faut, dans ce cas, enlever préalablement de la cavité de la dent les restes alimentaires qui peuvent s'y trouver.

Dans les cas d'otite externe ou d'abcès, l'introduction de petits tampons au camphre phéniqué dans le conduit auditif externe déterminait la guérison rapide.

Enfin, on a obtenu également d'excellents résultats dans les brûlures au deuxième degré; le pansement dans ces cas était appliqué après la ponction des ampoules. Les douleurs disparaissaient immédiatement, et la brûlure ne laissait aucune trace.

En somme, moyen thérapeutique très utile, sur lequel l'auteur croit d'autant plus nécessaire d'attirer l'attention qu'on le prépare très facilement et qu'il ne comporte aucun inconvénient.

B. Taft.

Le jus de l'agave dans le scorbut. (*Pphia policlinic*, 31 juillet 1897.) — C.-E. Ide (de Buffalo) a repris, pour le scorbut, le traitement du Dr Peres, médecin militaire (U. S.), à savoir l'administration, à l'intérieur, du jus de l'*agave americana*, sous la forme d'un vin indigène du Mexique, dit « pulque ». Ce « pulque » est un vin acide, non rectifié, produit par la fermentation de l' « aguamiel », jus de l'agave, obtenu par le raclage de cette plante.

Ce vin peut se donner *ad libitum*. Baca le donnait à la dose de 250 à 300 grammes par jour, pris entre onze heures et midi, dans une épidémie de 325 cas de scorbut qui fut éteinte en trente jours par cette seule médication.

Morel-Lavallée.

Action antiémétique de la teinture de lichen d'Islande, par Deguy et Brisemoret. (*Journal des Praticiens*, n° 39, p. 613, 1897.) — Le lichen employé en teinture (une partie de lichen épuisée par lixiviation dans 5 parties d'alcool à 80°) possède des propriétés anti-émétiques remarquables, qui ont pu être constatées chez près de vingt-cinq malades. La teinture a été donnée à des doses variant de dix à soixante gouttes.

G. Lyon.

De la cure de raisin. (*Thérapeutique moderne russe*, n° 7, 1897.) — Aristoff, après avoir soumis à la cure de raisin quatre matelots (syphilis, tuberculose pulmonaire, rhumatisme articulaire aigu), affirme que dans aucun cas il n'a observé d'effet diurétique et que la réaction acide de l'urine ne diminuait que fort peu pendant ce traitement.

Dans les cas où la cure de raisin exerce une action favorable, les échanges azotiques diminuent, ce qui détermine une diminution du poids. Cependant, dans la tuberculose pulmonaire, la cure ne donne pas de résultats favorables. Elle est tout à fait contre-indiquée dans les affections cardiaques et dans le catarrhe chronique de l'estomac.

B. Taft.

Bromure d'éthyle dans l'anesthésie générale. (*Archives russes de chirurgie*, n° 2, 1897.) — En se basant sur ses observations, Roubtzoff formule les conclusions suivantes :

1° On ne peut employer le bromure d'éthyle qu'après s'être assuré de sa pureté absolue : il faudra toujours avoir présent à l'esprit les funestes erreurs auxquelles a donné lieu la confusion du bromure d'éthyle avec le brome-éthylène ;

2° Dans les opérations de courte durée, 5 à 10 grammes suffisent ;

3° La contraction des mâchoires peut être considérée comme un signe certain de l'anesthésie ;

4° C'est en se basant sur ce symptôme caractéristique pour l'anesthésie provoquée par le bromure d'éthyle, sans parler de l'excitation qui peut devenir dans un certain nombre de cas très violente, qu'il faut le bromure d'éthyle dans les cas où l'on a besoin de recourir à des procédés plus ou moins fins ; telles par exemple les interventions sur les organes génitaux de la femme et le rectum, ainsi que les opérations sur les yeux et les oreilles.

B. Taft.

La corétine. (*Pphia policlinic*, 17 juillet 1897.) — Le Pr J. Abbott Cantrell, après essais conclut que cette substance, indiquée comme succédanée de l'iodoforme, n'a qu'un champ d'application très limité dans la thérapie externe des dermatoses.

Morel-Lavallée.

Nettoyage de la verrerie de laboratoire. (*Philadelphie policlinic*, 17 juillet 1897.) — Miss Emma Billstein indique, pour enlever aisément tout enduit graisseux des couvercles en verre de cristallisoirs, ce à quoi l'eau est impuissante, le procédé suivant :

Plonger cinq minutes les plaques de verre dans le mélange suivant :

Alcool à 70 0/0.....	99 grammes.
Acide chlorhydrique.....	1 —

Les immerger ensuite dans l'alcool absolu et faire sécher.

Morel-Lavallée.

FORMULAIRE

Traitement de la rhinite.

Priser la poudre suivante plusieurs fois par jour :

Phénacétine.....	ââ	4 grammes.
Poudre d'amidon.....		
— d'acacia.....		8 —

(Voodbuf.)

Hypocondrie gastrique.

Evonymine	1 gramme.
Extrait de jusquiame.....	20 centigr.
Savon amygdalin.....	1 gramme.

F. s. a. Vingt pilules avec cette quantité. Prendre une ou deux pilules en se couchant.

(A. Robin.)

PETITE CHRONIQUE

« Cher Docteur,

..... Je suis sûre que par vos amis vous arriverez à faire quelque chose pour mon pauvre Paul. Il faut absolument qu'il passe son examen cette fois-ci ; sans quoi, il faudra qu'il fasse ses trois ans de service militaire.... »

J'ai reçu dans ces derniers temps une demi-douzaine de lettres de ce genre, et tous ceux qui, à l'inverse de moi, chétif, disposent d'une influence réelle, en ont reçu bien d'autres. La conclusion est toujours la même.

Que cette brave dame s'imagine qu'en l'an de grâce 1897, tout Français vacciné peut aspirer à n'importe quelle situation, et que, pour ce faire, la protection est l'élément nécessaire et suffisant, il n'y a en ceci rien de bien neuf. Nous en sommes tous là, et ce que nous voyons chaque jour n'est pas fait pour déraciner cette opinion : on s'indigne d'abord, puis on se dit : « Puisque je n'y changerai rien, pourquoi ne serait-ce pas moi ? » Sinon, à quoi bon avoir pris la Bastille ?

Mais le point nouveau n'est pas là : il est dans cette petite phrase bien caractéristique : « Il serait obligé de faire ses trois ans. » L'auteur de cette lettre, femme d'un brave fonctionnaire de province, a trois fils : l'un est interne des hôpitaux ; le second est le sujet de la recommandation précitée pour l'admission au P. C. N.; quant au troisième, s'il n'aspire pas encore à la Faculté c'est qu'il n'a que cinq ans, mais cela viendra.

Or, sachez-le bien, ces parents-là, aujourd'hui, en France, sont légion. On pourrait citer tel lycée de Paris où, en classe de philosophie, sur 80 élèves, 42 se destinent à la médecine. Dans la plupart, on a dû, devant l'affluence des élèves, organiser une classe spéciale de préparation au P. C. N.; alors que de notre temps la préparation au « restreint » n'avait jamais troublé personne. Je connais, pour ma part, nombre de familles où la plupart des fils, aujourd'hui, se destinent bravement, sans conviction, mais avec ensemble, à la médecine. Quelques chapitres d'anatomie (?) lus avidement, en cachette, à l'heure de la puberté, et voilà une vocation découverte.

Demandez aux parents la raison de cette prédilection soudaine pour une profession qui, si elle ne conduit pas toujours à l'Institut, mène du moins quelquefois à Mazas, on vous répondra invariablement : « Je sais que la carrière est devenue pénible, mais, avec ce que nous avons, mon fils pourra toujours s'en tirer et voir venir. » Autre variante : « Mon fils aura de la fortune : il ne compte pas exercer : il ouvrira une clinique et fera cela pour s'occuper, — mais (et ici pas de variante), *c'est le seul moyen qu'il ait de ne pas faire ses trois ans*. L'enfant n'est pas assez travailleur pour arriver à être docteur en droit à l'époque voulue, car il paraît qu'on est devenu extrêmement sévère, tandis qu'il parviendra toujours bien à faire sa médecine. »

Essayez de persuader à ces braves gens que les particuliers qui font de la médecine en amateurs n'en gâchent pas moins le métier pour les camarades et que ces consultations gratuites représentent le pain du voisin : ce sera peine perdue.

La situation est mauvaise pour les professions libérales dans tous les pays, c'est là un fait indiscutable. Je n'ose pas dire qu'il y a trop d'instruction, mais il y a trop de gens instruits, ou se jugeant tels et croyant dès lors indigne d'eux toute autre profession qu'une de celles dites libérales, sans doute parce qu'elles sont censées vivre de la libéralité d'autrui.

Mais à cette situation, pénible déjà dans tous les pays, le nôtre a ajouté deux conditions d'aggravation toute spéciale, que nos voisins n'ont pas été assez fous pour imaginer : la première, c'est la porte largement ouverte aux étrangers qui veulent venir prendre leur part de la maigre pitance qui nous reste : mais la plus grave, c'est la *prime à l'encombrement*, créée par la dispense du service militaire.

Le pays eût manqué de médecins, qu'en dix ans on en eût fait vingt mille, avec cette seule phrase : dispense de deux ans de caserne. Or, nous n'en étions pas là...

Le volontariat, dont s'arrangent très bien les Allemands, qui ne passent cependant pas pour avoir une armée moins solidement constituée que la nôtre, le volontariat permettait d'échapper à la caserne à toute une catégorie de jeunes gens qui de tout temps eussent fait des pieds et

des mains pour n'y pas aller. Il paraît que ça n'était pas démocratique, et puis, enfin, il se passait cette abomination, insoutenable pour les malins qui veillent aux destinées de notre pays, c'est que deux ou trois cents prêtres ou futurs prêtres étaient dispensés de la promiscuité, plutôt peu édifiante, de Dumanet et de Pitou.

« Les curés sac au dos! » Là était l'essentiel. Pourquoi le volontariat y passa-t-il du même coup, je l'ignore. Toutefois, comme notre République se pique un peu d'être athénienne, les professions libérales bénéficièrent d'une dispense provisoire de deux années sur trois.

Et tout naturellement les mêmes jeunes gens ont continué à se faire dispenser du service. Seulement au lieu de l'être à titre de bacheliers possesseurs de quelques billets de cent francs, ils le sont comme avocats ou médecins. Ai-je tort d'appeler cela, pour ces deux carrières, la prime à l'encombrement?

Au total, il y a presque autant de dispensés que jadis (d'ailleurs notre budget ne permettrait pas qu'il en fût autrement). Ce sont toujours les mêmes qui ne se font pas tuer; mais en revanche les professions libérales le sont et la consolation de savoir qu'en échange trois cents curés ont le sac au dos, me paraît maigre. O politique, que voilà bien de tes coups!

Avons-nous donc perdu le goût du noble métier des armes? Français ne rime donc plus à succès, comme victoire à gloire? Ne serions-nous plus cocardiers?

Mais si, et plus que jamais, j'en suis sûr. Seulement... seulement il faut bien avouer que, pour le soldat, le *métier des armes* est une conception qui n'a plus, de nos jours, aucune réalité. La vie des camps, les campagnes hardies, tout cela est dans le tempérament de notre race. Le Français est un combattant de premier ordre, capable de tous les héroïsmes à l'*état aigu :* par contre, il a une horreur profonde de la caserne et de tout ce qui constitue le sacrifice à l'*état continu :* il devient alors sceptique, ronchonneur, insupportable, et parfois d'autant plus qu'il est plus intelligent et plus débrouillard. Demandez-en des nouvelles à ceux de nos officiers qui ont pu observer les mêmes hommes pendant la vie de casernement et en campagne, au Tonkin, par exemple, où le temps se passe en continuelles alternatives de l'une et de l'autre. Toutes ces mauvaises têtes deviennent au feu d'admirables combattants.

Or, si vous voulez bien réfléchir, vous vous convaincrez que c'est sous cette forme seulement, que nous avons quelque chance de faire modifier en notre faveur l'état de choses actuel.

C'est dire qu'il faut au Français une dose de volonté peu commune ou une habitude de la docilité qui se perd chaque jour, pour accepter avec joie les trois ans de casernement que la patrie lui demande : plus il prend possession de ses facultés par l'instruction, plus cette horreur augmente. Dirai-je que le sort réservé au soldat n'est pas beaucoup fait pour atténuer cette répulsion? Ce qui est certain, c'est qu'une modification profonde s'est produite dans la composition de notre armée : ce ne sont plus des professionnels qui la composent, ce ne sont plus des mercenaires ni même des malchanceux, victimes du sort : c'est tout le monde. Une révolution correspondante s'est-elle produite dans la façon dont les hommes sont traités par leurs officiers, par le règlement lui-même? La chiourme de jadis, où les mercenaires étaient menés à coups de jurons, de punitions, de prison, etc., est-elle devenue la grande école où tout citoyen, respecté comme l'homme qui accomplit un devoir sacré, vient apprendre ce qu'il faudra qu'il sache le jour où il aura à défendre son foyer? Il serait peut-être imprudent de l'affirmer; mais ceci n'est point notre affaire.

Que ce soit effet de dispositions naturelles ou de répugnance pour la situation telle qu'on la lui fait, ce peu d'enthousiasme pour les trois ans de casernement est indiscutable et se manifeste sous toutes ses formes. Je n'en regrette pas moins que ce soit nous qui soyions destinés à en payer les frais.

Je ne vois qu'un remède radical à cet état de choses : la suppression du privilège du médecin devant la loi de recrutement. Seulement les trois ans sacramentels seraient accomplis par lui après le doctorat, comme *médecin militaire*. Du coup on parerait à l'insuffisance du nombre de ceux-ci : le dommage ne serait pas grand au point de vue des concours, car le métier laisse des loisirs à qui veut bien travailler, et quant à la clientèle il serait moindre encore, les trois premières années qui suivent la sortie de l'Ecole avant trente ans n'étant pas ordinairement de celles où les clients s'arrachent le cordon de notre sonnette. Un peu d'essai de la pratique professionnelle, limitée, c'est vrai, mais du moins avec le pain assuré, serait peut-être même une bonne chose.

Il faudra bien en arriver là, et sans tarder, sinon, au train dont nous allons, dans dix ans, la moitié de la France sera diplômée pour soigner l'autre.

Dr Diocène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Cours. — M. le Pr Fournier a repris ses cours (maladies cutanées et syphiliques) les mardis et vendredis, à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Louis, depuis le 12 novembre.

M. le Pr Guyon a repris ses leçons le samedi 6 novembre, à neuf heures (maladies des voies urinaires). Il les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure, à l'hôpital Necker.

M. le Pr Landouzy a commencé son cours de thérapeutique au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine lundi 8 novembre à trois heures : il continue ses leçons les mercredis et vendredis, à la même heure.

Il traitera dans le cours de cette année les médications dépuratives (laxatifs, diurétiques, sudorifiques, saignées, exutoires, expectorants), les médications antihémorragiques ; les indications thérapeutiques et médications dans l'arthritisme.

L'affaire du Dr Laporte.—Plusieurs de nos confrères de la presse médicale bi-hebdomadaire ont ouvert, parmi les membres du corps médical français, une souscription en faveur du Dr Laporte. Le chiffre de chaque don ne doit pas dépasser cinq francs.

La *Revue*, qui n'a pas marchandé ses sympathies à notre malheureux confrère, ne saurait être suspectée d'indifférence en s'abtenant d'ouvrir dans ses colonnes une souscription dont toute la valeur, en tant que manifestation, viendra de la *rapidité* avec laquelle elle atteindra un chiffre important ; la chose n'est donc guère possible dans une revue *technique* paraissant tous les quinze jours, sous peine de risquer de traîner plusieurs mois. Tous nos confrères bimensuels ont compris cette difficulté de la même manière, et, comme eux, nous engagerons nos lecteurs, désireux de protester par des actes contre l'arbitraire judiciaire adopté à l'égard des médecins, à envoyer leur obole à l'un des journaux ayant ouvert cette souscription, entre autres :

La *Presse medicale*, 3, rue Racine ; le *Bulletin médical*, 7, rue Jacob, Paris ; le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 3, rue de la Banque ; la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 38, boulevard des Invalides, etc.

Condamnation d'un magnétiseur. — Les juges de Lille ont décerné une simple amende de 100 francs à un magnétiseur que leur avait signalé le syndicat médical de cette ville.

Suivant la bourse du client, la somnambule qui assistait le magnétiseur, voyait dans les organes un plus ou moins grand nombre de tubercules. Le magnétiseur écrivait sous sa dictée le diagnostic. Exemple :

Enorme loupe couvrant tout le cerveau.
16 tubercules dans le poumon droit.
14 tubercules dans le poumon gauche.
6 tubercules dans le foie.

Le rôle de la somnambule était terminé. Le magnétiseur faisait déshabiller le malade jusqu'à la ceinture et par des passes magnétiques extrayait les tubercules et autres choses malfaisantes, mais jamais plus d'un par séance, coût 2 francs. La culture du tubercule lui rapportait 2 francs l'un. Sa comptabilité, d'ailleurs, était tenue en règle avec diagnostic à l'appui.

Un cas de pénis double. — Cette anomalie qui compte parmi les plus rares, a été observée par le Dr Emilio Coffi (de Sala Consilina, Italie), dont l'observation a paru dans la *Riforma medica* du 3 septembre.

Le sujet est un enfant né à Sala, le 9 août dernier, et qui, outre l'anomalie en question, présentait une atrésie de l'anus. Chacun des deux pénis était très régulièrement constitué, avec gland prépuce, corps caverneux et urètre : l'un d'eux était en rapport avec un testicule, l'autre avec une simple poche scrotale. Les deux orifices urétraux laissaient échapper également l'urine et les matières fécales. La famille s'est refusée jusqu'ici à permettre aucune tentative opératoire pour remédier à cette singulière anomalie. — Qui sait si ces braves gens n'en sont pas fiers ?

Bretelles chirurgicales. — Le Dr Daum, major dans l'armée allemande, a inventé un modèle de bretelles pouvant servir de ceinture, de tourniquet, d'écharpe ou de bandeau pour l'œil, selon les besoins. L'idée semble pratique, à condition toutefois que le prix de cet appareil ne soit pas trop élevé.

Nécrologie. — Le Dr Maheut, de Caen; le Dr Gadaud, sénateur de la Dordogne; le Dr Jacquet, de Saint-Julien; le Dr Rizet, ancien médecin de l'armée; le Dr Albert, de Paris; le Dr Gaume, médecin-major de 1re classe, en retraite; le Dr Largeau, de Niort; le Dr Rougier, de Lussac-les-Eglises.

Le Dr Drechsel, de Berne; le Dr Auerbach, de Breslau, le Dr Burckardt, de Berlin; le Dr Hjalmar Heiberg, de Christiania; le Dr Branchat y Vime-Prada, de Grenade; le Pr Guterbock, de Berlin; le Dr Heidenhain, de Breslau; le Dr Buchner, de Munich; le Dr Aurelio Silvestri, de Florence; le Dr Ch. Smart Roy, de Cambridge; le Dr E. Stamer O'Grady, de Dublin; le Dr Scheffer, de Kiew; les Drs Danillo et Shukow, de Saint-Pétersbourg.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de l'infirmière hospitalière, rédigé sous la direction de la Commission médicale d'enseignement (*Union des Femmes de France*). 3e éd., avec 157 figures. Masson, éditeur.

Cette édition, très soignée dans toutes ses parties et remarquablement bien présentée au point de vue matériel, se distingue des précédentes par une part beaucoup plus large faite aux notions *pratiques,* avec réduction correspondante de la part précédemment attribuée à l'enseignement théorique. C'est un excellent manuel des connaissances que beaucoup de nos confrères sont appelés à professer dans les cours que bon nombre d'entre eux font aux élèves infirmières.

Il ne s'agit pas en effet de faire des femmes du monde de ces demi-savantes, toujours si dangereuses pour le malade et pour le médecin, que l'on a accusé les sociétés de secours aux blessés de lancer dans le public en trop grand nombre.

Ce livre rappelle aux professeurs emportés par l'intérêt du sujet le côté exclusivement pratique qu'ils doivent savoir donner à leur enseignement sous peine de faire œuvre insuffisante et œuvre mauvaise au point de vue professionnel. Que ces dames sachent bien faire les seules choses que l'on a à attendre d'elles, qu'elles aient le dévouement intelligent, qu'elles puissent mieux comprendre l'importance d'une recommandation à elles faite par le médecin en en saisissant bien les raisons et tout sera pour le mieux.

Que la capacité de leur esprit se hausse
A connaître un... clyso d'avec un haut-de-chausse.

C'est tout ce que ce livre veut leur enseigner. Il le fait bien et il fait bien. R. Blondel.

Gynécologie clinique et opératoire, par le Dr Schmetz (de Nice), avec une préface du Pr Reverdin; 1 vol. in-12 de 135 pages. (Soc. d'éditions scientifiques, Paris, 1897. Prix : 5 fr.)

« Ce livre est sans prétention.... » dit M. Reverdin dans une aimable lettre préface. Il faut en savoir gré à l'auteur, bien que son titre un peu ambitieux puisse aussi bien convenir à un traité didactique complet.

Ce sont de simples notes, extraordinairement brèves, aphoristiques presque, qui n'apprendront rien à ceux qui ignorent tout de la gynécologie et n'apporteront aucun ren seignement nouveau à ceux qui la pratiquent. Aussi ne vois-je pas bien l'utilité ni le but de ce petit volume, véritablement trop incomplet, même comme aide-mémoire. La trachélorrhaphie y est indiquée en deux lignes, l'opération de Schreder en six. De nombreux clichés empruntés au livre de feu le Dr Berlin (de Nice également), au livre de Doyen et à beaucoup d'autres, remplissent les deux tiers du volume. Quant au mode d'exposition je me contenterai de ces deux citations :

« La sonde utérine est employée pour *examiner* la *surface interne* de l'utérus.... » (p. 13).

« Salle d'examen gynécologique. Le gaz, l'eau et la lumière y auront accès par *une large fenêtre* (!) qui laissera pénétrer amplement le jour.... » (p. 20).

Ce n'est pas encore le tout à l'égout : c'est déjà le tout par la fenêtre.

R. Blondel.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Pathologie des rapports sexuels : paralysies post-paroxystiques. — M. le Dr Féré rapporte, dans la *Revue de médecine*, deux observations fort curieuses, relatives à des paralysies survenant après l'acte sexuel, et fait à ce propos une étude très intéressante sur les faits du même ordre qui ont été signalés antérieurement.

Dans le premier cas le malade, épileptique, était sujet à une hémiplégie transitoire après ses attaques. Or il lui est arrivé, à plusieurs reprises, de présenter des phénomènes paralytiques tout à fait analogues après un rapport sexuel.

Le second sujet, qui était un neurasthénique, avait dans les mêmes conditions une paraplégie transitoire qui le forçait à garder le lit pendant plusieurs heures.

La suractivité physique et psychique qui accompagne l'éréthisme génésique s'accompagne chez un certain nombre d'animaux d'actes de violence qu'il faut distinguer des actes de cruauté qui se manifestent dans certaines perversions sexuelles, dans le sadisme, chez les vampires, les sanguinaires de Ball. Ces actes de violence, qui précèdent ou accompagnent l'acte, caractérisent souvent une phase d'un état spécial qui mérite le nom d'ivresse érotique. Chez quelques individus la dépression consécutive s'accompagne d'une véritable antipathie sexuelle qui peut être assez intense pour se manifester par des violences.

L'excitation générale qui accompagne l'acte génital peut provoquer un grand nombre de troubles nerveux.

Le coït peut provoquer l'épilepsie : Sauvage cite une personne chez laquelle il était constamment suivi d'un accès; Zimmermann a connu un jeune homme qui avait un accès chaque fois qu'il s'était livré à l'onanisme. Maurice cite un chien qui était atteint d'épilepsie chaque fois qu'il s'accouplait. Du reste, chez quelques individus, certains phénomènes sensoriels, érythropsie, vision colorée, sensations subjectives de l'odorat, se manifestent à la fois dans l'attaque épileptique et dans l'acte vénérien, et certains phénomènes moteurs sont communs aux deux formes d'orages. Quelquefois les manifestations épileptiques et les excès vénériens marchent de pair, les premières commencent et disparaissent avec les seconds.

D'autres névroses peuvent encore être provoquées par les rapports sexuels : la migraine, l'angine de poitrine, l'asthme (Salter), l'hystérie (Rosenthal, Grasset).

La folie peut être la conséquence des premiers rapprochements sexuels (*post-cunnibial insanity* des Anglais), surtout chez les jeunes femmes prédisposées.

L'éréthisme général qui accompagne les excitations génitales peut déterminer un certain nombre d'accidents liés aux conditions physiques du complexus. Pendant la phase tonique il peut se produire des troubles moteurs liés à l'exagération de la tension musculaire et qui peuvent se manifester non seulement dans le domaine des muscles de la vie de relation, mais aussi dans celui des muscles de la vie organique : tremblement local ou général, crampes, grincements de dents, toux, éternuement, borborygmes, éructation, constriction pharyngée, etc. Mac Gillicuddy cite une femme qui vidait sa vessie chaque fois que son mari l'approchait.

L'éréthisme sensoriel se traduit quelquefois par des sensations subjectives qui peuvent se manifester sur les différents sens : sur la vue, par la photopsie, par l'érythropsie; sur l'ouïe par des bourdonnements, par des tintements d'oreilles; sur l'odorat par des sensations d'odeurs variées; sur la sensibilité générale par des sensations de prurit qui ne sont probablement pas étrangères à la production de certains spasmes laryngés et de l'éternuement. Desprès signale la fréquence d'une douleur réflexe à la gorge.

L'augmentation de la tension artérielle peut expliquer l'hémorragie cérébrale qui se produit quelquefois chez les vieillards et chez les artério-scléreux. L'hémorragie cérébrale sous l'influence

du coït n'est pas spéciale è l'homme; Larcher en signale la fréquence relative chez les oiseaux domestiques. Les épistaxis sont fréquentes à la suite des excès de coït comme à la suite des excès de masturbation : chez quelques individus on les voit se produire après chaque acte vénérien. Quelquefois l'excitation générale s'accompagne d'hypercrinies : chez quelques individus une sueur profuse se produit sous forme de crises brusques qui interrompent instantanément l'éréthisme vénérien.

La suractivité ne survit guère aux paroxysmes : si quelques individus sont capables de l'utiliser, ils sont exceptionnels, et en général les hommes adonnés aux travaux de l'esprit plus encore que ceux qui doivent utiliser leurs bras peuvent s'en rapporter à l'opinion du pythagoricien Clinias, dont parle Plutarque dans les *Symposiaques*, qui, lorsqu'on lui demandait quel était le temps le plus favorable pour se rapprocher de sa femme, répondit : « Lorsqu'on veut se nuire. » En général, lorsque l'excitation génitale a dépassé son acmé, on voit se produire une dépression physique et morale : *Post coitum animal triste, nisi gallus qui cantat.*

Cette dépression, ce collapsus, comme dit Robin, passagère dans les conditions physiologiques, devient continue à la suite d'excès répétés.

Les anciens auteurs signalaient le danger du coït pendant le travail de la digestion; chez certains individus le coït après le repas provoque un épuisement des activités gastriques et tous les phénomènes de l'indigestion. Chez divers mammifères on observe une inappétence qui dure des jours et même des semaines. Double attribuait encore à la pratique exagérée ou intempestive de cet acte les accidents pernicieux des plaies et les complications des fièvres.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

Par le Dr Jules Janet,
Ancien interne des Hôpitaux.

En attendant la sérothérapie de la blennorrhagie que les travaux récents de Wassermann (de Berlin), de Christmas, de Nicolaysen et de Schæffer nous permettent d'espérer, nous sommes bien forcés de nous en tenir aux traitements antiseptiques de cette affection ; il me paraît utile d'exposer ici aussi succinctement que possible celui de ces traitements antiseptiques qui me semble le plus logique, le traitement par les grands lavages de permanganate de potasse. Cette méthode que j'ai publiée en 1892 est aujourd'hui bien connue et répandue pour ainsi dire dans le monde entier : néanmoins il me semble intéressant de donner sur ce sujet mon impression actuelle éclairée par une expérience de plusieurs années.

Depuis mes premières publications, qui étaient basées sur mes premiers cas, je n'ai rien écrit sur cette question. Les résultats que je vais exposer aujourd'hui sont donc épurés par une longue pratique et ne peuvent être attribués à un emballement sur une courte série heureuse, bientôt démentie par une série noire consécutive.

Pour compléter cette question j'exposerai rapidement les applications de ce traitement à la blennorrhagie des femmes et des petites filles, et je terminerai cette étude par quelques considérations sur le traitement de la période post-gonococcique.

1° Traitement de la phase gonococcique de la blennorrhagie chez l'homme.

Si j'ai pu rendre quelques services dans cette importante question, c'est moins, à mon sens, par le choix du permanganate de potasse qui était connu depuis longtemps et sur la manière de l'utiliser, que par la lutte que j'ai soutenue contre la « théorie néfaste du laisser couler » qui était presque universellement admise à l'époque où j'ai commencé mes travaux (1890).

Cette théorie, dont la responsabilité remonte à Ricord, était excusable de son temps où les antiseptiques étaient inconnus, mais sa prolongation à notre époque devenait un non sens. Que les maîtres qui la professent encore aujourd'hui m'excusent de la combattre aussi ardemment, mais je ne puis m'empêcher de leur dire que c'est cette théorie déplorable qui a fait la presque totalité des urétrites chroniques, des rétrécissements, des stérilités par prostatites et orchites, des ankyloses et des atrophies par rhumatismes blennorrhagiques que nous avons à traiter aujourd'hui ; que c'est elle qui a causé quelques morts par endocardite infectieuse, peut-être par suicides.

Cette idée de la nécessité de laisser couler était tellement classique que les malades eux-mêmes s'en faisaient un devoir et n'auraient même pas songé à consulter avant le huitième jour de leur écoulement; c'est ce qui explique que les traitements abortifs étaient alors considérés comme une rareté, une exception hors ligne; les spécialistes les plus occupés se vantaient d'avoir rencontré deux ou trois fois dans leur carrière l'occasion de tenter l'abortion d'une blennorrhagie.

Le résultat de mes travaux sur cette question a été que en 1897 je ne pourrais pas me vanter d'avoir observé dans toute l'année trois cas de blennorrhagie aiguë, je n'ai eu que des traitements abortifs à faire.

Mes malades ont peu à peu disséminé la notion du danger qu'il y a à laisser couler une chaudepisse et des bénéfices qu'il y a pour eux à tarir l'écoulement dès son origine : ceux qui ont su profiter de leur expérience viennent consulter à la première goutte suspecte.

Ce que j'ai fait si lentement dans ma clientèle, tout spécialiste, tout médecin même peut le répéter aujourd'hui rapidement dans la sienne, et j'espère que dans peu de temps, sous cette influence, cette funeste erreur sera complètement extirpée de l'esprit du public.

Pourquoi laissait-on et laisse-t-on malheureusement encore aujourd'hui quelquefois couler les chaudepisses? C'est pour affaiblir le microbe par sa culture même, et pour profiter de cet affaiblissement pour le détruire facilement — ou ne pas le détruire, par un traitement quelconque plus ou moins logique, comme les injections de l'urètre antérieur dans les cas où l'urètre est infecté dans sa totalité, — ou plus ou moins actif comme les balsamiques qui, eux au moins, agissent sur tout l'urètre et parviennent à tuer les gonocoques arrivés à la veille de leur mort naturelle.

Le médecin facilite ainsi sa besogne, mais il oublie que pendant ces trois semaines d'écoulement les gonocoques livrés à eux-mêmes désorganisent d'une façon irréparable la muqueuse urétrale jusque dans ses couches les plus profondes, qu'ils infectent l'organisme de leurs toxines, ouvrant la porte à toute complication et préparant pour plus tard le terrain de l'urétrite chronique et des rétrécissements. Comparons aux résultats bien connus de cette méthode, si connus qu'ils étaient considérés comme des nécessités de la blennorrhagie, les résultats du traitement antiseptique d'emblée : depuis les huit années que j'ai employé ce traitement, je n'ai pas observé un seul rétrécissement sur les malades que j'ai soignés de leur première chaudepisse : je n'ai provoqué que trois orchites, deux au début même de mes travaux, grâce à un essai malheureux de combinaison du santal et des lavages au permanganate dans deux cas d'urétrites suraiguës et une plus récente, mais pour ainsi dire insignifiante tant elle fut légère, en combinant la dilatation d'un rétrécissement avec les lavages. Enfin je n'ai jamais observé aucune autre complication de la blennorrhagie, ni rhumatisme, ni ténosite, ni conjonctivite, etc.

Ces résultats me semblent primer tout autre considération. On s'occupe trop aujourd'hui de la plus ou moins longue durée du traitement, on veut avant tout une guérison rapide, on compte les jours de maladie; si un traitement ne guérit pas en huit jours, on l'abandonne comme impropre et on passe à un autre moyen ou plus simplement on relaisse recouler. Pourquoi cette hâte? Dans quelle autre maladie le médecin perd-il aussi vite confiance dans les moyens qu'il emploie, dans quelle autre maladie veut-il limiter à son gré une évolution morbide?

L'expérience aidant, je ne peux plus dire aujourd'hui que le traitement par le perman-

ganate soit dans tous les cas un moyen rapide de guérison. J'ai eu des malades en traitement pendant deux ou trois mois; j'ai eu des malades qui se sont faits ou à qui j'ai fait quarante et même soixante-dix lavages; mais ce que je puis affirmer c'est qu'à la fin de ces traitements, si longs qu'ils aient été, l'urètre se trouvait en aussi bon état qu'à leur début et que, pendant toute leur durée, ces malades n'ont été exposés à aucune des complications habituelles de la chaudepisse.

Si l'on ajoute que ces cas de traitements prolongés ne se rencontrent guère que deux fois sur dix, qu'ils sont dus à des foyers gonococciques extra-urétraux méconnus, et qu'il suffit de dépister ces foyers pour obtenir enfin la guérison, on se rendra compte qu'on doit les retrouver dans toutes les autres formes de traitement de la chaudepisse.

Un grand nombre de procédés nouveaux ont été proposés dans ces dernières années pour guérir la blennorrhagie. Depuis le nitrate d'argent et le sublimé qui étaient en honneur avant le traitement que j'ai proposé, on a préconisé successivement le gallo-bromol, l'ichthyol, l'argentamine, l'argonine, l'itrol, l'airol et enfin le dernier en date le protargol.

Je ne veux pas discuter la valeur de chacun de ces agents, les essais rapides que j'ai fait de ces substances ne me permettent en aucune façon de les juger. Je leur ai dû, et en particulier à l'argonine (caséinate d'argent), de beaux succès dans des cas où le permanganate de potasse restait impuissant.

J'admets parfaitement qu'on les utilise pour détruire les gonocoques, à la condition de s'en servir comme procédés abortifs, mais je dois dire qu'ils ne me semblent pas présenter sur le permanganate de potasse d'avantages assez évidents pour faire abandonner cette substance. Nous verrons plus loin que je leur accorde une large place dans le cas où le permanganate semble avoir épuisé son action. Je dois ajouter que je leur trouve de gros inconvénients que n'a pas le permanganate : les sels d'argent tels que l'argentamine, l'argonine, l'itrol, le protargol sont ou difficilement solubles ou difficiles à conserver. Ce sont des sels qui s'altèrent facilement en solutions, et qui ne permettent pas l'utilisation si pratique des solutions mères. L'airol ne peut être employé qu'en injections et me semble d'un emploi bien difficile pour le traitement des urétrites postérieures. Somme toute je reste fidèle au permanganate de potasse et j'engage une fois de plus mes lecteurs à s'en tenir à ce produit suivant les règles que je vais maintenant exposer.

L'installation nécessitée par ce traitement est des plus simples. Elle consiste en :

1° Un bock d'un litre, armé d'un tube de caoutchouc de 2m,50, avec pince et canules de verre à bec conique très obtus;

2° Un procédé de suspension qui peut se réduire à deux ou trois clous pour accrocher le bock à différentes hauteurs suivant la pression que l'on veut obtenir;

3° Une seringue urétrale pour la cocaïne;

4° Un bassin pour recevoir l'eau de lavage;

5° Une solution mère de permanganate de potasse à 1/100;

6° Une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/400;

7° De l'eau bouillie tiède pour faire les solutions de permanganate;

8° Une éprouvette graduée en 100 centimètres cubes pour doser les solutions;

9° Un lit, une chaise ou un bidet pour coucher ou asseoir le malade. On peut même faire les lavages sur le malade debout, acoté contre un mur ou contre un meuble. Mais ce procédé ne peut être employé que pour des malades déjà habitués aux lavages, car autrement on pourrait s'exposer à voir survenir une syncope par suite de l'impressionnabilité de certains d'entre eux. Cette posture debout est fréquemment adoptée par les malades qui se lavent eux-mêmes.

Traitement de l'urétrite gonococcique à son début. — Ce traitement qui mérite le nom de traitement abortif de la blennorrhagie doit être tenté non seulement aux premières heures de cette affection, mais aussi dans les premiers jours de la blennorrhagie, tant qu'il n'existe pas un état véritablement phlegmoneux de l'urètre. Ce n'est pas une question de jours, tel malade au huitième jour de son affection présente des phénomènes inflammatoires moindres que tel autre au deuxième jour. Ce n'est pas non plus une question d'abondance ou de consistance plus ou moins épaisse de l'écoulement : des écoulements très abondants et déjà verdâtres cèdent parfaitement au traitement que nous allons indiquer. La seule limite que nous admettons à cette phase débutante de la chaudepisse c'est l'ectropion du méat et la dureté ligneuse de l'urètre, en un mot le cortège symptomatique de la chaudepisse suraiguë: nous en parlerons dans le paragraphe suivant.

En règle générale, ce traitement de l'urétrite débutante doit être limité à l'urètre antérieur qui seul alors est infecté; néanmoins il faut toujours, avant de commencer le traitement et même pendant tout le cours du traitement, surveiller le second verre d'urine et se tenir prêt au moindre trouble de ce verre (les sels insolubles étant éliminés par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique) à pratiquer les lavages complets de tout l'urètre.

Pour faire les lavages de l'urètre antérieur, on suspend le bock de manière à ce que son fond ne soit pas à plus de 50 centimètres au-dessus de la verge du malade : on amorce le tube de caoutchouc puis on remplit l'urètre en forçant un instant la canule à l'entrée de l'urètre. Dès que l'on sent l'urètre distendu, on laisse le liquide s'échapper, en retirant un peu la canule. On recommence ainsi jusqu'à épuisement du liquide, en ayant soin de temps en temps de suspendre le lavage, pour exprimer l'urètre du périnée au méat, pour changer le liquide qui pourrait stagner dans les parties profondes et ne pas être renouvellé.

Ces lavages seront faits deux fois par jour, le matin et le soir avec un litre de solution tiède de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000. Si les lavages sont faits rapidement avec une canule de 2 millimètres d'ouverture, il n'est guère besoin d'employer de doses plus faibles.

Si les lavages sont faits lentement, si leur réaction est assez violente pour congestionner fortement l'urètre, il faut baisser les doses au moins une fois par jour à 35 centigrammes et même 25 centigrammes pour 1000, quitte à les remonter ensuite, dès que l'état de l'urètre le permet.

Au bout de trois à quatre jours on peut en général se contenter de faire un lavage par jour; mais avant de passer à ces intervalles de vingt-quatre heures, j'aime bien espacer d'abord les lavages de dix-huit heures, d'un soir au lendemain deux heures, puis au surlendemain matin. On élève ces derniers lavages à 75 centigrammes pour 1000 et même vers le huitième ou neuvième jour à 1 gramme pour 1000. Mais il ne faut arriver à ces doses que si l'urètre ne présente plus trace d'inflammation. Si à ce moment, neuvième jour, la goutte est petite, muqueuse, presque transparente, on peut écarter le lavage suivant de trente-six heures, puis le suivant de quarante-huit heures.

Si alors on ne trouve aucune sécrétion ou seulement une légère sécrétion muqueuse sans gonocoques, on peut interrompre les lavages en recommandant au malade de revenir à la moindre exacerbation de son écoulement, surtout s'il éprouve des démangeaisons urétrales qui, en général, précèdent les récidives.

En cas de récidive, on reprend le traitement le plus tôt possible à raison d'un lavage

par vingt-quatre heures de 50 centigrammes à 1 gramme pour 1000, en recherchant avec soin s'il n'existe pas d'urétrite postérieure.

Si dès le début du traitement ou dans le cours de celui-ci le deuxième verre montre par son trouble qu'il existe de l'infection de l'urètre postérieure, il faut recourir aux lavages complets de tout l'urètre.

Pour cela on fait dans l'urètre antérieur une injection de cocaïne à 1/400, que l'on fait conserver pendant une minute, puis on lave l'urètre antérieur avec la moitié du litre de solution, enfin on force la canule dans le méat après avoir élevé le fond du bocal à 1 mètre au-dessus de la verge du malade. On lui recommande de pousser comme pour uriner, et on laisse le liquide passer lentement dans la vessie, en comprimant entre les doigts le tube de caoutchouc, pour régulariser cette pénétration; au moindre spasme du malade, on retire un peu la canule du méat pour faire cesser la pression intra-urétrale et l'on recommence ensuite. Il faut beaucoup de tact et de douceur pour cette opération; si la pénétration dans la vessie se fait mal, il est préférable de ne pas insister et de remettre au lavage suivant une tentative plus complète; quelquefois ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours que le malade s'habitue à laisser pénétrer le liquide : il faut même souvent répéter l'injection de cocaïne au milieu du lavage pour obtenir ce résultat. Si l'on opère avec cette prudence il est de règle de pénétrer dans tous les cas sans recourir à la sonde, si au contraire on insiste trop, si on veut à toute force passer, on fait souffrir le malade, on traumatise son urètre, et les essais ultérieurs deviennent de plus en plus difficiles au lieu de devenir de plus en plus simples.

Les lavages complets doivent être faits à dose faible quand le malade n'est pas habitué à les laisser passer rapidement. La dose de 25 centigrammes pour 1000 suffit dans ces cas. Si au contraire le malade est habitué aux grands lavages par un traitement antérieur, ou si les lavages se font d'emblée facilement chez lui, on peut les faire aux mêmes doses que les lavages antérieurs dont nous parlions plus haut, 50 centigrammes à 1 gramme pour 1000, en restant toutefois très sobre de cette dernière dose que j'utilise aujourd'hui beaucoup moins souvent qu'autrefois.

On voit, par ce qui précède, quelle importance j'attache au temps que dure le lavage. A doses égales un lavage fait deux fois plus lentement qu'un autre est deux fois plus énergique que lui. Un lavage à 1/1000 fait en deux ou trois minutes produira moins de réaction qu'un lavage pénible à 25 centigrammes pour 1000 qui durerait dix minutes. Il faut donc savoir s'arrêter, n'utiliser qu'une partie de la solution préparée si l'on voit que le lavage est trop lent.

Quand les lavages se font très facilement, quand toute trace d'inflammation urétrale est passée, et quand les lavages ne produisent plus qu'une très faible réaction, on peut apprendre au malade à se les faire lui même. C'est surtout utile en cas d'insuccès d'une première série de lavages, pour ne pas rendre le traitement trop gênant ou trop coûteux pour le malade. Beaucoup de mes clients guéris par moi d'une première blennorrhagie se sont guéris eux-mêmes très facilement des blennorrhagies qu'ils ont pu contracter dans la suite.

Traitement de la blennorrhagie aiguë et suraiguë. — Les cas de blennorrhagie aigue et suraiguë doivent, je le répète, être des plus rares dans la clientèle d'un médecin qui peut offrir à ses malades le traitement abortif que je viens de décrire. Je n'en observe pour ainsi dire plus aucune; il faut être néanmoins prêt à soigner celles qui se présentent à nous. Il me semble que, quelle que soit l'acuité d'une blennorrhagie, on peut tou-

jours tenter les lavages; il y a un tel intérêt à tarir l'écoulement, qu'il ne faut pas hésiter à s'exposer à un traitement difficile et long pour arriver à ce résultat.

Si l'urètre antérieur seul est infecté, le succès est presque certain. Les lavages faits à doses très faibles, au plus 25 centigrammes pour 1000, deux fois par jour, arrivent à supprimer en quelques jours les symptômes inflammatoires. Si l'urètre postérieur est infecté, deux cas peuvent se présenter : ou bien le lavage complet se fait facilement, et alors tout ira bien, à condition de cocaïner soigneusement l'urètre et de ne recourir qu'à des doses très faibles, ou bien ces lavages sont impossibles, même après plusieurs jours de tentatives prudentes de pénétration. C'est dans ce dernier cas seulement que, malgré tout notre désir de supprimer l'écoulement, on est autorisé à laisser couler pour laisser passer la période inflammatoire, quitte à reprendre, alors avec succès, les tentatives de lavages complets, aussitôt que celle-ci commence à décroître.

J'ai essayé d'abattre cette période inflammatoire par le santal, pour permettre les lavages, mais j'ai dû y renoncer. Je l'ai dit plus haut, deux orchites ont été la conséquence des deux seules tentatives que j'ai faites dans ce sens.

Il me semblerait plus logique, si l'on voulait à toute force tarir l'écoulement, pratiquer les lavages avec une sonde fine de Nélaton, remplir ainsi la vessie du malade avec du permanganate à 25 centigrammes pour 1000, et le faire uriner seul ensuite. Je n'ai pas d'expérience de ce mode de traitement, qui réussirait probablement très bien, mais avec gros danger d'orchites et de prostatites : il ne pourrait guère être essayé que sur des malades condamnés au repos absolu. Je n'hésiterai pas à le pratiquer en cas de menace de rhumatisme blennorrhagique ou d'autre complication générale.

En tout cas, ces traitements commencés en pleine période aiguë, sont toujours très longs : ils peuvent durer plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois. On arrive rapidement à la cessation de toute inflammation urétrale et presque de tout écoulement; il ne persiste guère qu'une goutte jaune le matin, mais, aussitôt que l'on cesse les lavages, la récidive se produit. Il faut alors apprendre au malade à se laver lui-même pour pousser le traitement aussi loin qu'il sera nécessaire, sans jamais laisser l'écoulement se rétablir. Il serait très simple de laisser au bout de quelque temps le malade recouler pour reprendre le traitement ensuite. Mais, je le répète, ce procédé est trop simple, trop facile pour le médecin : le semblant de succès obtenu ainsi ne l'est qu'au dépend de l'intégrité ultérieure de l'urètre du malade.

Traitement de la blennorragie subaiguë ou ancienne à gonocoques. — Ce traitement est des plus faciles: c'est dans ces cas, comme du reste au début de la chaudepisse, qu'il donne les plus beaux résultats. Bien entendu qu'il ne vise que la disparition des gonocoques: si la blennorragie subaiguë est de date récente et si, avant elle, l'urètre n'était pas altéré par une infection précédente, on obtient, en même temps que la disparition du gonocoque, la guérison complète de tout écoulement; si au contraire on s'attaque au gonocoque dans le cours d'une blennorrhagie chronique ancienne, les lésions que les gonocoques et les infections secondaires ont eu le temps de faire avant le traitement, persistent après la disparition de ces microbes, et on est appelé ensuite à traiter un écoulement chronique sans gonocoque, souvent très rebelle, quelquefois incurable.

Ce traitement de la blennorrhagie subaiguë et ancienne à gonocoques, consiste à faire une série de neuf à douze lavages de permanganate, quelquefois plus.

Ces lavages doivent toujours dans ces cas être complets, même si l'urètre postérieur

ne semble pas infecté. Comme ces lavages complets n'ont aucun inconvénient et qu'ils se font sans difficulté, vu l'absence de toute inflammation, il est préférable d'y avoir recours dans tous les cas.

Comme doses, 25 centigrammes pour 1000 pour habituer l'urètre aux lavages puis rapidement 50 et 75 centigrammes pour 1000 à la fin du traitement 1/1000. J'ai pris le parti de faire toujours précéder le lavage d'une injection de cocaïne à 1/100. Ces injections ne présentent aucun inconvénient et rendent le lavage plus rapide. Or on sait, d'après ce que j'ai dit plus haut, que je préfère utiliser des lavages rapides à doses fortes que des lavages lents à doses faibles, quoique leurs réactions soient identiques.

On doit suivre à la fin du traitement les mêmes règles que celles que j'ai exposées plus haut, espacer les deux derniers lavages de trente-six et de quarante-huit heures, et se tenir prêt à refaire quelques lavages au moindre symptôme de récidive.

Il est toujours difficile de savoir arrêter à temps les lavages de permanganate. Je voudrais qu'on ne se fiât jamais à aucun chiffre préconçu : il est impossible de fixer une règle fixe à cet égard. La plupart des échecs qu'éprouvent ceux qui n'ont pas une grande habitude de ce traitement résultent de ce qu'ils s'en tiennent volontairement à une série de neuf ou douze lavages par exemple, en se croisant ensuite les bras pour attendre la guérison. Une récidive se produit et ils perdent confiance dans ce procédé, alors qu'un ou deux lavages de plus auraient peut-être assuré le succès. Il est infiniment préférable de prolonger sa première série que de s'exposer à en faire une seconde. En fait je ne constate plus guère de ces récidives : je ne cesse une série que quand je suis pour ainsi dire convaincu que la récidive n'aura pas lieu. Tous mes malades sont ainsi guéris en une seule série plus ou moins longue, quelquefois très longue je l'avoue, mais certainement en moins de temps qu'il n'en faudrait, si on s'exposait à traiter successivement plusieurs rechutes.

Les meilleurs symptômes qui me guident dans ce choix du moment où il convient de cesser les lavages sont : naturellement la disparition des gonocoques dans la sécrétion, puis, après cette disparition, la cessation de la purulence et de l'aspect jaunâtre de la goutte matinale et enfin la suppression des démangeaisons urétrales. Je me préoccupe peu des filaments urétraux qui diminuent évidemment à mesure que le traitement progresse, mais qui peuvent persister après la disparition des gonocoques surtout dans les cas d'urétrites anciennes. La persistance d'une goutte muqueuse ou même mucopurulente blanche n'a pas grande importance dans ces cas et ne doit pas empêcher de cesser les lavages de permanganate.

Si dans ces cas d'urétrites subaiguës la série des lavages semble devoir se prolonger, il est parfaitement logique de laisser le malade faire lui-même ces lavages, après lui avoir appris à les faire dans de bonnes conditions d'asepsie. Ces grands lavages entre les mains du malade sont certainement beaucoup moins dangereux qu'une simple injection urétrale.

Preuves de la guérison, et traitement consécutif. — Quel que soit le degré d'acuité de la chaudepisse qu'on ait été appelé à traiter, il faut avant d'abandonner les malades prouver leur guérison. Cette précaution est surtout utile pour distinguer une rechute de l'écoulement qu'on a eu à traiter d'une réinfection gonococcique due à la reprise des rapports sexuels avec une maîtresse ou une femme légitime précédemment contaminée. Si l'on est bien sûr de la guérison de son malade, une rechute après coït devient une preuve formelle de l'état d'infection de la femme avec laquelle il a eu lieu. Il nécessite la séparation des conjoints ou la guérison de cette femme.

Les preuves de la guérison de la chaudepisse sont de deux ordres : une épreuve d'irritation par la bière et une épreuve d'évacuation qui nous est fournie par la première pollution que présente le malade après la cessation des lavages.

Il est bon de ne pas faire la preuve de bière avant huit jours, car j'ai vu des récidives spontanées se produire sept jours après le dernier lavage, et il est toujours préférable d'avoir à s'attaquer à une rechute spontanée qu'à une reprise de l'écoulement provoquée par un excès, toujours dans ce cas plus rapide et plus violente.

Pour que cette épreuve par la bière soit convaincante il faut que le malade prenne le soir après le dîner trois à quatre verres de bière, plus même si son estomac le permet et qu'il se fasse examiner le lendemain et même le surlendemain matin, car la rechute peut mettre quarante-huit heures à se produire.

Si pendant les huit jours qui ont précédé l'épreuve par la bière aucune pollution n'a eu lieu, il est bon d'attendre encore huit jours pour lui donner le temps de se produire. Si au bout de ces huit derniers jours la pollution n'est pas survenue, on peut autoriser le malade à pratiquer un coït en condom, mais il serait préférable, pour ne pas mettre une femme en cause dans cette expérience dangereuse, que l'évacuation spermatique fût obtenue par un autre moyen.

Si ces deux preuves ne donnent lieu à aucune récidive, on peut affirmer la guérison du malade.

Il ne faudrait pas croire que ces deux preuves soient absolues dans tous les cas et qu'il suffise de les appliquer à un individu quelconque pour affirmer qu'il n'a pas de gonocoques : elles n'ont cette valeur qu'après un traitement récent de gonocoques, qu'on a eu sous les yeux. Si au contraire on les applique à un homme qui ne vient pas d'être traité, un candidat au mariage par exemple, elles n'ont qu'une valeur très relative, car il peut exister chez lui un foyer extra-urétral ne communiquant pas avec l'urètre et dont les gonocoques ne sont aucunement influencés par ces épreuves. Ces foyers extra-urétraux, on les connaît quand on vient de traiter son malade : on peut les méconnaître s'il se présente à nous entre deux poussées d'infection.

Il faut donc dans ce dernier cas se tenir sur une grande réserve, multiplier les épreuves et surtout observer le malade pendant un temps suffisant, un mois ou deux, pour laisser les foyers extra-urétraux se manifester, s'ils existent.

Pour en revenir à nos malades récemment traités, une fois leur guérison bien prouvée, il ne reste plus qu'à leur donner de bons conseils pour leur permettre d'éviter, autant que possible, une nouvelle infection. Il faut tout d'abord les prévenir que, pendant les deux mois qui suivent leur traitement, ils sont extraordinairement réceptifs et qu'ils prendront presque à coup sûr la chaudepisse s'ils fréquentent une femme qui en est atteinte. Il faut bien leur expliquer que s'ils n'ont pas contracté plus souvent la blennorrhagie, ce n'était pas parce que les femmes qu'ils fréquentaient étaient saines, c'était plutôt parce que leur urètre savait se défendre contre les gonocoques qu'elles portaient, et qu'il leur faut attendre un certain temps pour retrouver la même résistance à l'infection blennorrhagique.

Comme moyen préservatif on peut leur recommander le condom (moyen bien incertain il est vrai, car j'ai soigné plusieurs blennorrhagies contractées dans ces conditions, probablement par contamination indirecte du méat par les mucosités qui recouvrent le condom au moment où l'on le retire), ou mieux les lavages extérieurs immédiats de la verge et de l'orifice urétral avec une solution de sublimé à 50 centigrammes pour 1000 obtenue

extemporanément à l'aide du papier au sublimé qu'il est facile de porter toujours sur soi. Enfin il faut les persuader de la nécessité qu'il y a pour eux à se faire traiter le plus vite possible en cas de nouvelle infection, et leur bien dire qu'un seul jour de retard peut transformer un traitement de huit jours en un traitement d'un mois ou plus.

Si les malades récemment traités sont très accessibles pendant les semaines qui suivent leur traitement à une nouvelle invasion gonococcique, ils sont également très accessibles aux infections secondaires que peuvent leur procurer les femmes les plus saines et qui même peuvent se déclarer chez eux spontanément. Ces infections secondaires se manifestent par des démangeaisons urétrales et par une goutte purulente, en général blanche, qui pourrait simuler à première vue un retour de l'infection gonococcique. Une préparation microscopique suffit à établir le diagnostic et un lavage de l'urètre antérieur au sublimé à 1/10000 suffit à obtenir la guérison. On le répètera aussi souvent que ces infections secondaires elles-mêmes se reproduiront.

Indépendamment de toute infection, l'urètre récemment traité peut conserver après la disparition du gonocoque un écoulement muco-purulent plus ou moins abondant et même un écoulement purulent en cas d'ancienne blennorrhagie chronique. Si l'urétrite que l'on a traitée était relativement récente et si elle n'était précédée par aucun écoulement chronique, il est sage d'attendre la disparition spontanée de cet écoulement, qui en général ne se fait pas attendre. Si elle tarde plus de deux mois, on est autorisé à pratiquer deux fois par semaine un lavage antérieur ou complet, suivant le cas, de nitrate d'argent à 50 centigrammes pour 1000. La guérison complète s'obtient ainsi en général assez rapidement.

En cas d'ancien écoulement chronique, il faut après la disparition des gonocoques recourir au traitement habituel de la blennorrhagie chronique par les lavages de nitrate d'argent, de sublimé, de sulfate de zinc, de chlorure de zinc, par la dilatation méthodique du canal ou enfin par les sondes à pommade. Il nous est impossible d'entrer actuellement dans des détails à l'égard de ces différents traitements; nous y reviendrons plus loin.

(*A suivre.*)

SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE SÈCHE

Pleurésie grippale et tuberculose

Par le Dr A. Morel-Lavallée,
Médecin des Hôpitaux.

Le médecin se trouve en face de la pleurésie sèche dans des catégories de cas absolument différentes. Dans la pleurésie chronique, succédant ordinairement à une pleurésie aiguë, avec ses symphyses étendues fibro-crétacées, productions ostéoïdes, déformations thoraciques, atélectasie ou carnification pulmonaire, etc., la pleurésie sèche ne joue qu'un rôle insignifiant; il n'en est pas de même dans la tuberculose *en évolution*; en dehors même de la phtisie *pleurale*, affection assez rapide, rarement isolée et dont la nature se révèle ordinairement d'assez bonne heure, la pleurésie sèche est une compagne inséparable de la tuberculose, dont elle limite les lésions étagées et les poussées succes-

sives dans la cage thoracique; ceci, évident pour la bacillose à marche commune que l'on voit journellement sur les tables d'amphithéâtre, ne l'est pas moins pour les cas limités et curables rencontrés à chaque pas, dans la vie courante, chez les sujets qui ont « eu la poitrine délicate », c'est-à-dire qui ont été *touchés* par la tuberculose, mais qui ont dû leur guérison anatomique à l'enkystement fibro-crétacé dans le poumon, et scléreux dans la plèvre limitante. La difficulté commence avec les cas où la séreuse se prend chez des sujets à antécédents suspects : nous y reviendrons plus loin.

Prenons maintenant des gens âgés, asthmatiques, catarrheux, vieux cardiaques ayant eu des crises multiples d'asystolie avec infarctus ou congestion pulmonaire, il est presque impossible qu'ils ne présentent pas de brides ou de symphyses aux deux bases, de même qu'il est ordinaire d'en trouver à la base du poumon droit après des crises réitérées de colique hépatique. Un homme guéri d'un coup d'épée ayant perforé le poumon conservera presque fatalement une cicatrice accolant le poumon à la paroi thoracique; une tumeur médiastine en voie d'accroissement refoulera les plèvres en créant des séries successives d'adhérences protectrices, etc., etc.

Toutes les hypothèses que nous venons de passer en revue ont un point commun : les lésions coexistantes démontrent clairement la pathogénie des altérations pleurales, par conséquent les indications thérapeutiques dominantes s'appliquent à la maladie causale, la partie du traitement qui visera les plèvres restant très secondaire, et étant d'ailleurs analogue à celui que nous opposerons aux pleurites primitives, idiopathiques ou à pathogénie encore indéterminée, les seules qui, dès lors, aient un réel intérêt au point de vue *de l'art* médical.

Les traces de pleurites consécutives aux lésions pulmonaires disparues ouvrent déjà un champ plus vaste à l'interprétation, d'où doit découler en partie l'horoscope sanitaire du sujet. Une adhérence médiothoracique limitée, reliquat possible d'une inflammation ayant atteint l'écorce pulmonaire, n'a pas grande importance pour le porteur; des pleurites multiples, disséminées, se rattachant à des souvenirs d'affection aiguë, ont déjà une signification qui n'est pas indifférente, évoquant l'idée de broncho-pneumonie possible, avec dilatations bronchiques, scléroses pulmonaires, etc.

Quand la pleurésie sèche ne joue qu'un rôle accessoire sur la scène morbide, elle est en somme négligeable, car on a devant soi une maladie primordiale sérieuse à traiter, tandis que la pleurite n'attire pas l'attention; ses symptômes restent obscurs ou nuls, il faut la rechercher. Les cas à retenir pour l'étude sont *ceux où l'inflammation sèche de la plèvre se développe sous l'influence d'une cause encore latente, ceux où elle paraît idiopathique, primitive.* Or, dans nos climats, où le kyste hydatique pleuro-pulmonaire est d'une rareté qui le rend négligeable, toute pleurésie *sèche* dont on ne retrouve pas la cause est, de par la tradition, rapportée à la *tuberculose*, sauf quelques cas laissés à l'*arthritisme*, et en particulier, au *rhumatisme.* C'est ici qu'il faut réfléchir : La pleurésie sèche, symptôme initial ou révélateur de tubercules intra-pulmonaires plus ou moins rapprochés de l'écorce, siège ordinairement au sommet, des deux côtés de la poitrine. Si le froissement de la séreuse est assez diffusé et permanent pour donner lieu à la respiration dite « en vague », on n'hésite pas, même en l'absence du schème de Grancher, de l'anamnèse, des antécédents, de la fièvre avec ou sans sueurs et amaigrissement, à incriminer le bacille, si bien que, dans la pratique, *pleurésie sèche bilatérale* est ordinairement regardée comme synonyme de *tuberculose*, surtout si les sommets sont intéressés.

Quant aux pleurites *arthritiques*, nous sommes ici tout à fait dans le vague. Si nous démembrons l'arthritisme, nous voyons que le seul facteur qui en ait sûrement droit à la

pleurésie est le rhumatisme articulaire aigu; or, précisément la polyarthrite fébrile aiguë, qui n'est rien moins qu'arthritique, produit des pleurésies *à liquide*, et ne laisse d'adhérences sérieuses qu'aux enfants chez lesquels des attaques répétées à déterminations cardio-respiratoires graves doivent aboutir à des désordres finalement mortels (symphyse cardiaque, endocardite à répétitions, congestions pleuro-pulmonaire totales, etc. etc.). Restent donc les plaques de pleurite avec frottements ou avec symphyses, qui pourraient s'observer chez les gens à « rhumatisme *vague* » ou chez les goutteux. Pour ces derniers, des îlots de congestion pulmonaire corticale peuvent être incriminés dans le passé; quant à tous *les autres*, les « arthritiques vrais » des gens du monde, il ne leur reste guère que les célèbres râles sous-axillaires, vestiges de pleurites d'un ordre indéterminé... à moins que les uns et les autres n'aient présenté dans le cortex des îlots tuberculeux isolés, guéris depuis par sclérose, — ce qui court les rues. La pleurésie arthritique est donc aussi peu démontrée — je veux dire *démontrable*, car elle est à la rigueur admissible — que les hémoptysies dites arthritiques, si bien qu'en fin de compte toutes les pleurites sèches, surtout bilatérales, seront attribuables à la tuberculose...

... A moins que la clinique ne vienne faire supposer (et la bactériologie plus tard démontrer) que des microbes autres que le bacille de Koch, et de très banals peut-être, sont susceptibles de produire des lésions et des symptômes identiques dans la séreuse thoracique, par eux-mêmes ou par leurs toxines.

Or, précisément l'une des maladies les plus communes, la plus répandue peut-être en ce moment, la GRIPPE, *paraît* jouir de ce pouvoir. Voici du moins ce que j'ai observé à cet égard: En juillet-août 1895 j'eus à soigner une douzaine peut-être de grippes oculo-naso-laryngées, fort légères d'ailleurs, évoluant sur les malades déjà hospitalisées ou sur des personnes admises pour cette seule affection. En auscultant par principe toutes ces femmes (c'était à l'infirmerie de la Maternité) je fus étonné de voir que, bien que la plupart ne toussassent pas et ne se plaignissent pas de point de côté, les trois quarts au moins de mes malades — autant qu'il semble me rappeler — présentèrent dès les premiers jours, des deux côtés de la poitrine, des frottements pleuraux très nombreux et généralisés. L'état général et local restant excellent, il me fut impossible de maintenir plus de trois semaines à l'hôpital aucune de ces malades, dont la plupart d'ailleurs « frottaient » moins à leur sortie; — impossible par conséquent de savoir ce qu'étaient devenues aucunes de ces pleurésies pour lesquelles les malades ne toussaient pas, ne se plaignaient pas, n'avaient en général pas de douleurs thoraciques.

Depuis la fin de 1895, il m'arriva souvent de rencontrer, soit autour de moi, soit dans ma clientèle dermatologique spécialisée, des personnes se plaignant, cette fois, de points de côté fixes, localisés, d'une violence souvent excessive et qui, permanents pendant quelques jours au début, revenaient ensuite sous forme de « jets douloureux » quasi-momentanés et à intervalles irréguliers. Ces gens n'avaient généralement pas consulté pour une souffrance qui, peu prolongée, n'avait pas altéré leur santé ni modifié leur *curriculum vitæ*. La répétition de ces cas ayant fini par me frapper, j'examinais ces personnes, et, en les auscultant, je trouvai régulièrement des frottements pleuraux aux points signalés comme étant le siège de ces douleurs à retour, — mais je trouvai en même temps toujours des zônes de frottements dans la même plèvre ET dans la plèvre opposée, à des endroits que rien ne pouvait faire prévoir, mais toujours les mêmes. Quelle pouvait être la cause de ces *pleurésies sèches* BILATÉRALES qui avaient atteint un si grand nombre de personnes, sans altérer leur santé et d'une façon presque identique, à début aigu et sur des terrains semblant absolument indemnes de tuberculose? Je me

mis alors à prendre les observations des derniers sujets rencontrés ; chez presque tous je retrouvai, à l'origine, des symptômes généraux de quelques jours, coryza, larmoiement, angine, courbature, et, par analogie, je pensai à l'influenza pour l'étiologie. Quelques-uns des sujets en observation étaient pris depuis des mois, si bien que j'en étais toujours à des hypothèses, lorsque la recrudescence épidémique de la grippe au mois de septembre de cette année me fournit des observations qui dissipèrent tous les doutes. Voici les quatre premières :

Au commencement de septembre, une dame L..., âgée de 71 ans, était prise au quatrième jour d'une grippe évidente (et qui avait frappé tout son personnel) de pleurésie sèche bilatérale progressant de haut en bas, couvrant toute la séreuse des deux côtés, et qui est en train de disparaître (fin octobre).

Le 17 septembre, une jeune femme de 30 ans est prise d'une violente douleur sous-mammaire, qui disparaît ; le lendemain, et jours suivants, grippe classique : coryza, toux, larmoiement, paupières bouffies, fatigue, etc. Le 20, douleur sous-scapulaire droite intense, point de départ d'une bipleurésie sèche totale qui est encore en évolution subaiguë (neuvième semaine), et dont l'observation sera publiée.

Le 14 octobre, un homme de 45 ans est pris de grippe, courbature, et le lendemain, de bipleurésie sèche, qui dure encore, mais, plus heureux que les deux malades précédentes qui gardent le lit, il n'a pas quitté ses occupations.

Le 10 octobre, une dame L..., 40 ans, vivant au milieu d'un foyer grippé, est prise de points de côté bilatéraux (avec frottements pleuraux) qu'elle a encore, et cela après quarante-huit heures d'angine.

Inutile de dire que tous ces sujets sont, jusqu'à présent, insoupçonnables de tuberculose.

Dès lors, mon esprit est fixé, je suis à l'affût, et je n'ai plus qu'à noter les cas au passage : je puis même à présent reconstituer rétrospectivement les faits, au grand étonnement et souvent malgré les protestations des malades, qui ne peuvent admettre avoir « une pleurésie » à la suite d'une autre maladie de renom assez grave, les ayant ignorées toutes deux. En effet, *dans tous les cas* observés jusqu'ici, la conservation de la santé générale et de l'*appétit*, l'*absence de fièvre*, ont été la règle. Et c'est, à chaque instant, le dialogue suivant : « Gardez la chambre ou ménagez-vous, car vous avez, sinon de la pleurésie, au moins de la *pleurite* (sèche) des deux côtés. — Mais, docteur, je ne tousse pas, je ne sens rien, je vais bien, à peine un peu d'essoufflement ! — Vous avez eu la grippe il y a dix jours ? — Mais non, à peine un léger rhume ». — Et à chaque instant il m'arrive de rencontrer une pleurésie sèche bilatérale, souvent insoupçonnée, dont je reconstitue l'histoire et l'origine par la concomitance des éléments suivants ; frottements pleuraux à certains sièges d'élection, apyrexie, appétit intact, existence fréquente d'une aphonie récente ou de cette trachéite tardive si remarquée en 1889-90 ; souvenir, à l'origine, d'un rhume qui, ou bien régnait épidémiquement dans la maison, ou a présenté des signes caractéristiques, tels que celui de la *maturation rapide*, expectoration jaunâtre *dès la fin de la première journée*. « Un rhume franc, disait Lasègue, dure trois semaines. » Il ne mûrit pas en vingt-quatre heures ; il faut plus de temps au coryza pour « tomber sur la poitrine ».

Ainsi donc, *la grippe donne naissance à, met en mouvement* (pour ne rien préjuger sur la nature intime du processus) *une variété de pleurésie sèche bilatérale*. Celle-ci comporte tous les degrés, depuis la pleurésie bilatérale totale à évolution subaiguë ou aiguë, commençant avec une grippe évidente, pouvant durer deux mois et plus, jus-

qu'aux pleurites partielles, également sèches et bilatérales, où la grippe du début peut passer inaperçue. Alors que, dans les cas intenses, la toux est quinteuse et la douleur au maximum, les malades gardent le lit, dans les cas légers le syndrome est tellement fruste qu'il faut être en éveil pour le reconstituer. La fièvre étant nulle et la santé excellente, il ne s'agit alors que de points de côté passagers, mais fixes comme sièges, la toux étant contingente et l'essoufflement transitoire.

Or, voici le point culminant de cette étude : la pleurésie *sèche bilatérale grippale, paragrippale* ou *post-grippale*, étant de notion récente, les malades étant encore en observation, les frottements ayant chez d'aucuns persisté au bout d'un an et plus, les zones de pleurite pouvant occuper les sommets comme tout autre région, il est impossible d'*affirmer* actuellement la nature, et, partant, l'avenir de ces pleurésies. C'est d'autant plus impossible que l'influenza, jusqu'à présent, n'avait déterminé dans la plèvre que des pleurésies purulentes, rarement séro-fibrineuses. Comme nous le faisait observer M. le Pr Grancher, le doute est donc obligatoire, vu la fréquence « insoupçonnable » de la tuberculose, du moment que nous n'avons pas voulu injecter à nos malades de la tuberculine, et que nous n'avons pu, par la ponction du poumon, rechercher le bacille de Pfeiffer et inoculer des cobayes. Cette considération, indiscutable pour les malades chez qui on ne retrouve pas l'influenza au début et qui n'ont que les frottements aux deux côtés, sommets compris ou non, l'est même encore pour les cas graves que nous avons décrits en premier, la pleurésie pouvant être à la rigueur le résultat d'une infection surajoutée.

Au point de vue thérapeutique, qui doit nous occuper à présent, nous devons négliger les cas graves ou aigus, pour qui les indications sont bien connues, et nous dire ceci : il nous reste deux catégories de malades : les premiers ont des antécédents mauvais, ils ont maigri, ils crachent, ils présentent le schème de Grancher, ou même ils ont des points de ramollissement ou d'excavation pulmonaire; pour ceux-là, c'est la tuberculose qu'il faut soigner, la pleurésie joue un rôle nul ou protecteur, nous n'avons pas à la combattre, sauf par la révulsion au point de vue douleur.

Arrivons donc à la seconde classe de sujets : ils mènent, ou à peu près, la vie de tout le monde, mais ils ont des points de côté, ils toussent par moments; ils s'essoufflent plus facilement que jadis : d'aucuns ont même du faux asthme. L'auscultation nous montre chez eux des adhérences diaphragmatiques douloureuees, des frottements aux deux épaules, parfois au sommet, où la respiration semble affaiblie et lointaine. Ces gens sont peut-être des tuberculeux en voie de guérison ou d'évolution; peut-être aussi ont-ils simplement de la pleurésie due à la grippe ou à toute autre cause encore inconnue; mais là encore c'est un danger, la tuberculisation menaçant les parties du poumon gênées par la sclérose pleurogène. Peut-être même sont-ce de ces arthritiques bien heureux chez qui la diathèse sclérosante vient dire : « *Halte là !* » au bacille?

Ce diagnostic différentiel, aujourd'hui, *nous est cliniquement impossible ;* mais ces sujets ont des lésions souvent douloureuses, toujours gênantes, peut-être encore en évolution. Il faut donc, de toute façon, traiter les pleurésies sèches. C'est là ce dont nous allons présentement nous occuper.

Etant donné que nous ne pouvons, en l'état actuel de la science, préciser *à coup sûr* l'origine de la catégorie de pleurites que nous avons en vue, la seule chose que nous devions nous demander c'est si la cause générale inconnue, mais supposable, de la pleurésie est encore en activité ; si le traitement doit s'adresser à elle-même et non à la détermination pleurale; si même le traitement dirigé contre la pleurésie seule ne serait pas

nuisible au malade; et même, ce qui paraîtra beaucoup plus extraordinaire, si nous avons bien devant nous une maladie pleurale, une maladie *en évolution* à traiter, ou si au contraire nous sommes seulement devant des reliquats de pleurite, en présence d'un *fait acquis* pathologique non modifiable:

Prenons des exemples. Un tuberculeux vient d'être en proie à une poussée aiguë locale : fièvre, douleurs péri-claviculaires, toux, expectoration rosée; sa respiration s'obscursit au sommet par suite de l'épaississement de la calotte pleurale : si prématurément nous cherchons à libérer ce sommet, à rompre ces adhérences protectrices par une gymnastique appropriée, mais funeste dans l'espèce, nous nous exposons à une rechute, aggravation du foyer pulmonaire, hémoptysie, etc.

Voici un grippé qui a présenté de la congestion cortico-pulmonaire et des frottements; si nous le livrons trop tôt à la kinésithérapie locale, au chant, etc., là aussi nous risquerons des hémoptysies, voire même peut-être des accidents cardiaques.

Tel autre, qui consulte pour la première fois, se plaint de douleurs thoraciques aiguës et nouvelles, il offre plusieurs foyers de bruits thoraciques anormaux; mais c'est un rhumatisant dont les vieilles adhérences hygrométriques sont redevenues douloureuses par suite d'un changement de temps. Une fois la crise passée, les bruits pleuraux persisteront, mais le médecin en poursuivrait en vain la disparition; il s'agit là de brides indélébiles météorologiquement influencées.

Le malade que nous prenons pour type est donc celui qui, indemne de tous accidents tuberculeux, ou très loin de leur début, se présente à nous sans hémoptysies, sans fièvre, avec un bon état général, venant d'avoir, ou non, une grippe non compliquée de lésions pulmonaires de premier plan, et se plaignant d'un ou de plusieurs des symptômes suivants, ou de tous à la fois : toux sèche, parfois quinteuse; respiration courte, plutôt qu'essoufflement ou dyspnée vraie; enfin, et par-dessus tout, douleurs thoraciques, soit diffuses, si l'affection est au début, soit en foyers fixes et à accès intermittents irréguliers et transitoires, que provoquent les mouvements et les respirations d'amplitude inaccoutumée; le siège de ces foyers variant d'ailleurs selon la topographie et l'étendue des lésions pleurales. Ces douleurs sont parfois fort vives, puisque dans les cas que nous avons relevés il n'est pas rare de voir des douleurs en ceinture entièrement circulaire suivre le trajet du sinus costo-diaphragmatique, ou bien les espaces intercostaux moyens pour enserrer dans leur entier les glandes mammaires au milieu d'un réseau d'élancements plus violents, formant comme un épanouissement antérieur du ruban douloureux.

A la période aiguë, ou initiale, ou pendant les paroxysmes de souffrance, on devra, suivant la gravité du cas, prescrire l'enveloppement ouaté du thorax, le séjour à la chambre ou au lit, les ventouses scarifiées ou les ventouses sèches répétées, les vésicatoires volants, le coton iodé, ou, s'il s'agit de peaux très sensibles, de jeunes femmes redoutant telles minuscules cicatrices que révélerait le décolletage, les cataplasmes sinapisés ou les sinapismes Rigollot appliqués quelques minutes chaque jour aux foyers douloureux. A l'intérieur, la quinine, le salophène, mais surtout le salicylate de soude, qui m'a donné de merveilleux résultats dans les pleurésies post-grippales du moment. La morphine, les bromures seront également indiqués contre les phénomènes dyspnéiques et nerveux.

Quand les douleurs sont moindres, espacées, et tout à fait localisées, l'indication se pose entre les applications répétées de teinture d'iode et de pointes de feu. Auxquelles donner la préférence? C'est là affaire d'appréciation, dans chaque cas particulier, de la part du médecin, et aussi du malade. Si, dans le récent traité d'*Histopathologie des maladies de la peau* de Unna on compare le passage consacré à l'action de la teinture d'iode sur

la peau, et celui qui traite de la brûlure du second degré, telle que celle produite par une pointe de feu, on voit ceci : cette dernière donne lieu à des lésions histologiques qui, à part la dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ne dépassent guère la moitié supérieure du chorion, ni même le corps papillaire; tandis que la teinture d'iode en applications répétées provoque une dermite chronique caractérisée par l'hypertrophie des cellules conjonctives, par de l'œdème et une exsudation fibrineuse interstitielle, et cela particulièrement dans la moitié inférieure du chorion et *dans l'hypoderme*. Il semblerait donc à première vue que le badigeonnage iodé réitéré eût une indiscutable supériorité sur la thermo-cautérisation ponctuée superficielle; mais dans la pratique il n'en est rien, si l'on songe au soulagement immédiat des « pleurodynies » par le Paquelin, et même à l'intensité des phénomènes nerveux réflexes souvent observés au moyen du thermo-cautère, tels que la suppression, souvent assez persistante, de l'expectoration dans la dilatation bronchique.

Mais nous voici arrivés à la phase régressive, à la période où les exsudats pleuraux vont se résoudre et où le médecin doit chercher à entraver l'établissement de brides persistantes, de plaques pleurales comprimant à demeure le parenchyme pulmonaire.

Au repos pleuro-pulmonaire doit alors succéder une gymnastique aussi *prudente* que méthodique, et variable selon la *nature*, le *siège* et l'*étendue* de la pleurésie. C'est le *massage du thorax*, la *marche sur un terrain montant*, les épaules relevées par une canne passée derrière le dos et aux deux saignées, afin de dilater les creux sous et sus-claviculaires; l'usage des *haltères* et de l'*escrime;* la *bicyclette* avec une allure de 10 à 12 kilomètres au plus (1); l'*équitation;* le *canot* surtout, merveilleux exercice où travaillent tous les muscles du corps dans l'action de ramer; la *natation*, ou la reproduction en chambre de ses mouvements étendus de circumduction des bras au moyen d'une machine spéciale existant aujourd'hui chez les fabricants d'instruments orthopédiques : c'est une poulie fixée au mur : dans sa gorge glisse une corde terminée à l'une de ses extrémites par des poids qu'on augmente à volonté, et à l'autre par des poignées qu'étendent et ramènent les deux bras dans un quasi-mouvement de natation exécuté debout.

Resterait encore l'hydrothérapie chaude ou froide. Mais tout ce chapitre mériterait des développements tels que nous n'avons pu qu'en indiquer ici les principaux éléments.

Il est facile de comprendre que la prophylaxie de ces pleurésies sèches est illusoire, puisque, jusqu'à nouvel ordre, nous les considérons comme toujours secondaires, comme étant fonction de la tuberculose et peut-être aussi de la grippe et d'autres infections. La vérification éventuelle de cette dernière catégorie de cas nouvellement observés prendrait en nosologie une importance considérable puisque le syndrome *pleurésie sèche bilatérale*, jusqu'ici réservé exclusivement à la tuberculose, devrait être, par elle, partagée déjà avec l'influenza; et que, en fût-il autrement, et ces pleurésies *para-grippales* dussent-elles ressortir à la tuberculose, la très grande fréquence des cas observés, légers et curables, correspondrait à une dissémination telle de cette nouvelle variété de tuberculose (locale) guérissable, que l'on pourrait alors évaluer à la presque universalité des citoyens vivant en agglomération le nombre des individus touchés par la bacillose. Le pronostic de la tuberculose en général, — la plus curable de toutes les maladies (Grancher) — perdrait donc encore de sa gravité.

(1) La bicyclette devra être surveillée avec le plus grand soin, pour ne pas dire interdite, chez les tuberculeux, les congestifs, les asthmatiques.

Et, d'un autre côté, si, comme il paraît plus probable, c'est bien directement à la grippe qu'il convient de rapporter cette nouvelle variété de pleurésies sèches doubles, il conviendrait toutefois, à côté du pronostic immédiat bénin, d'en réserver le pronostic éloigné, — au moins le pronostic local — la majorité des sujets étant encore en observation.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 novembre 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

La correspondance comprend une lettre de M. Moxcorvo fils (de Rio de Janeiro) concernant le *traitement de la chylurie par l'ichthyol.* La chylurie est une affection spéciale aux pays chauds, causée par la présence de filaires dans l'organisme. L'auteur a essayé de détruire ces filaires au moyen de divers antiseptiques et parasiticides, qui n'ont donné que peu ou pas de résultats. L'ichthyol, au contraire, en lavages intra-vésicaux et à l'intérieur, a facilement triomphé de cette affection rebelle. Malheureusement, les malades sont sans cesse exposés à des réinfections qu'on est obligé de traiter à nouveau à chaque nouvelle crise de chylurie.

A l'occasion du procès-verbal, M. Catillon fait remarquer que, contrairement à l'opinion émise à la précédente séance par M. Chassevant, la méthode des extraits glycérinés, due à Brown-Séquard, ne doit pas être rejetée, car ces extraits se conservent fort bien : la glycérine fait même disparaître à la longue des micro-organismes contenus dans les liquides auxquels on l'ajoute.

M. Camescasse (de Saint-Arnoud) lit un travail concernant un cas de *gangrène spontanée des extrémités, avec douleurs, traitées par l'acide salicylique.* Chez un malade présentant de la gangrène de la jambe, avec douleurs intolérables résistant à des doses de morphine qui atteignirent 15 centigrammes en vingt-quatre heures (en injections hypodermiques), l'auteur a obtenu une guérison rapide de l'élément douleur par l'emploi de frictions à base d'acide salicylique. Le premier jour, l'effet fut nul, la pommade ayant été appliquée sur les points *malades.* Il est indispensable de faire les frictions sur les régions *saines* de la peau, car l'acide salicylique doit être résorbé et passer dans le courant sanguin pour exercer une action thérapeutique. Le traitement eut facilement raison de toutes les poussées douloureuses nouvelles.

M. Bardet présente un *nouveau transformateur électrique à grand rendement* qui intéresse tout spécialement la pratique médicale. Pour obtenir les courants de haute fréquence, indispensables quand on veut utiliser les courants sinusoïdaux ou étudier les rayons X, la bobine de Rhumkorff constitue le transformateur nécessaire. Or, cette bobine représente un instrument fort imparfait et dispendieux : on ne peut compter que sur un rendement variant de 8 à 10 0/0 du courant électrique : la perte est considérable, grâce à la fragilité du vernis isolant, à l'usure des pièces métalliques servant à la construction de l'induit, etc., etc. Le nouvel appareil donne un rendement de 50 0/0, obtenu surtout par l'emploi d'un isolant pâteux, constitué par des hydrocarbures. Les matières gommeuses servant à la confection des vernis de la bobine classique s'oxydent à la longue, se craquèlent; tel n'est pas le cas avec l'isolant nouveau.

On peut espérer (les difficultés de fabrication devenant presque insurmontables quand il s'agit d'obtenir des étincelles de plus de 50 centimètres avec la bobine classique), que l'appareil nouveau permettra d'atteindre facilement à une longueur d'étincelle de plus d'un mètre. On conçoit sans peine quel intérêt considérable, au point de vue médical, présentera l'utilisation d'un pareil courant.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

La méthode roumaine de traitement de la rage. (*Therap. Wochenschrift*, 21 novembre 1897.) — Le Pr Babes a modifié dans de grandes proportions le traitement pastorien classique; il se sert en effet des liquides organiques provenant d'un animal immunisé contre la maladie infectieuse, ces liquides possédant une action préventive et curative, et utilise le virus rabique atténué ou même tué par la chaleur.

Babès a démontré en 1888 que des chiens vaccinés à diverses reprises au moyen de grandes quantités de virus rabique possèdent un sang doué de propriétés préventives et curatives pour des chiens infectés de virus rabique. En 1890, le sang des chiens vaccinés fut utilisé, aux doses de 50 grammes par jour, pour prévenir l'apparition de la rage chez des individus mordus à la face par des loups enragés. Les douze cas traités guérirent tous, tandis que sur douze malades traités par la méthode classique, quatre succomberent.

A partir de ce moment, le procédé roumain fut appliqué aux cas les plus graves, dans lesquels la maladie apparaît souvent moins de quinze jours après la morsure; or, le traitement classique doit être employé pendant quatorze jours avant de pouvoir produire un effet quelconque. En 1896, des ânes et des moutons furent immunisés au moyen de doses croissantes de sang de chien. Le sang total des ânes et moutons se montra très actif; le sérum (surtout après précipitation des globules par l'oxyde de zinc) fut trouvé encore plus actif que le sang total. Le sérum de l'*homme immunisé* est plus actif encore, et certaines races de chiens sont préférables à d'autres. Pour obtenir du sérum d'âne présentant un maximum d'effet thérapeutique, il faut injecter à l'animal pendant plusieurs années des doses progressivement croissantes de virus fixe; le mélange de sérum rabique et de virus fixe étant inefficace, il faut employer le sérum au début du traitement, ce qui permet de commencer ensuite le traitement classique avec des doses déjà élevées.

Le sérum n'est injecté que dans les cas graves, chez des malades entrant en traitement dans les premiers jours après la morsure. Pour les cas dans lesquels le traitement commence tardivement, il faut un vaccin ou un sérum beaucoup plus actif. En chauffant à 58° une émulsion de moelle rabique pendant un temps plus ou moins long, on obtient une série de virus plus ou moins atténués qui ont l'avantage de résister à la décomposition; tel n'est pas le cas pour beaucoup de moelles soumises à la dessiccation par le procédé classique.

Il va sans dire que toutes ces constatations ont fait l'objet d'expériences comparatives nombreuses qui ont permis à l'auteur de fixer définitivement sa méthode de la façon suivante :

Cas légers : 1° Emulsion de moelle desséchée dans des toxines antirabiques filtrées et chauffées à 75°. 2° Série de moelles desséchées, émulsionnées dans un virus filtré se trouvant à la limite de la virulence. 3° Une série de moelles émulsionnées dans un virus présentant une virulence assez marquée pour tuer un lapin en dix ou douze jours. *Cas graves* : On raccourcit ces séries et on y ajoute une série de virus filtré avec virulence à neuf ou dix jours.

En résumé, la méthode roumaine a introduit les procédés suivants dans le traitement de la rage : 1° Sérothérapie; 2° emploi d'une émulsion de moelle chauffée jusqu'à destruction du virus, cette émulsion servant à incorporer les morceaux de moelle desséchée; 3° emploi, dans les cas graves, de moelle chauffée (Puscariu, à Jassy, se sert même de ce procédé pour tous les cas de rage à traiter); 4° combinaison du traitement par la moelle sèche avec l'emploi de moelle atténuée par la chaleur.

A. Lesage.

De l'emploi de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement du croup, par le Dr E. Murier. (*Thèse de Paris*, 1897.) — Les inhalations de vapeur d'eau rendent les plus grands services dans les cas de diphtérie laryngée. Grâce à leur action sédative, dissolvante et décongestionnante, de nombreux tubages et trachéotomies peuvent être évités, et même, si l'une de ces opérations devient nécessaire, son pronostic est moins grave. Cela ressort en toute évidence des statistiques relevées dans le service du Dr Variot.

En effet, si l'on compare les tableaux des diphtéritiques traités pendant le mois de janvier où ne fonctionnaient par les chambres de vapeur, avec les tableaux de février, mars, avril et mai, où elles fonctionnent, on note les chiffres suivants :

Mois	Proportion des interventions.	Proportion de la mortalité.
Janvier.....	27,7 0,0	9,1 0,0
Février.....	19 —	9,0 —
Mars.....	16,2 —	6 —
Avril.....	9,3 —	3,9 —
Mai.....	14,7 —	10,7 —
Moyenne.....	14,8 0,0	7,0 0,0

La proportion des interventions nécessaires a donc diminué de plus de moitié et la mortalité elle-même s'est légèrement abaissée.

Dans le service de M. Variot l'appareil servant à produire la vapeur est composé d'une chaudière cubique en cuivre à laquelle est adapté un large tube de dégagement par où la vapeur s'échappe. Extérieurement est un tube de verre permettant de voir quel est le niveau de l'eau dans le générateur. On peut placer cet appareil dans la chambre même où l'on traite les enfants, on le met alors sur une table et l'on se sert pour chauffer d'un fourneau à gaz ou à pétrole. Mais M. Variot a pensé qu'il serait plus commode de le placer en dehors de la chambre, la vapeur arrivant alors par le tuyau de dégagement qui passe à travers une cloison. On évite ainsi de souiller l'air par les produits de combustion dégagés par les appareils de chauffage, de plus le surchauffage n'est pas à craindre de cette manière.

Dans la pratique privée le générateur peut être remplacé par un vase quelconque, pourvu qu'il soit assez vaste pour produire une quantité de vapeur capable de bien saturer la pièce.

G. Lyon.

Guérison d'un cas de tétanos traité par dix injections de sérum antitétanique, par Ed. Boinet (de Marseille). (*Gazette des hôpitaux*, n° 132, 15 novembre 1897.) — Il s'agit d'un portefaix, âgé de 47 ans qui, les 7 et 8 novembre 1897, travaillait dans les cales d'un steamer chargé de sacs de sucre; ces sacs avaient été vingt-quatre jours auparavant souillés par de la terre au port d'embarquement de la Réunion. M. Boinet pense que le bacille tétanique a pénétré non seulement par des écorchures que cet homme présentait aux mains, mais aussi par les voies respiratoires. En tout cas huit jours plus tard, contracture des masséters; le lendemain, douleurs violentes avec contracture, se généralisant; les muscles du cou sont d'abord atteints, puis ceux de la nuque et de la région lombaire; les membres inférieurs ne se prennent que cinq jours après; les membres supérieurs restent indemnes. Le malade ne se décide à entrer à l'hôpital que huit jours après le début des accidents. Le 22 octobre, première injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur; dixième et dernière injection le 2 novembre. Ce jour-là le malade peut commencer à manger des aliments solides. Le 12 novembre il continuait à se bien porter.

L'auteur conclut : 1° que les germes tétaniques peuvent conserver longtemps leur virulence, même dans de la terre desséchée qui recouvre les marchandises provenant des pays chauds; 2° qu'il est utile de multiplier les injections de sérum antitétanique.

R. Sémelaigne.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'occlusion intestinale, par Schwartz, Peyrot, Broca, Kirmisson. (*Société de chirurgie*, 3 et 10 novembre 1897.) — La plupart des chirurgiens se rangent à l'opinion de M. Peyrot, qui déclare n'avoir que peu de chose à ajouter à sa doctrine, anciennement exprimée dans son travail sur l'occlusion intestinale. C'est la *laparotomie* qui est bien l'opération de choix, l'anus artificiel ne pouvant être qu'un pis-aller lorsque la première est impossible en raison de l'extrême faiblesse du malade.

Elle l'est d'autant plus qu'on commet de fréquentes erreurs de diagnostic, en prenant pour des occlusions aiguës certaines péritonites qui revêtent cette forme. L'iléus paralytique, qui justifie l'anus artificiel, peut lui-même être guéri par la laparotomie, ajoute M. Broca. M. Kirmisson soutient de son côté que l'ouverture du ventre ne doit pas servir à établir le diagnostic, mais qu'il faut régler autant que possible son plan thérapeutique avant toute intervention.

Aug. Benoit.

Corps étrangers du rectum; extraction. (*Société de chirurgie*, 3 et 10 novembre 1897.) — M. Gérard-Marchant communique un cas d'introduction d'une volumineuse bouteille dans le rectum, laquelle ne put être extraite que par la section du sphincter, et la désarticulation du coccyx. De son côté M. Monod, comme M. Bazy, assure qu'il a pu extraire par les voies naturelles une bouteille qu'il dirigea en appliquant une main sur l'hypogastre, tandis qu'il la saisissait avec les doigts de l'autre main, introduits dans le rectum.

La *laparotomie* peut être indispensable, dans certains cas difficiles, pour aider les manœuvres rectales, ou combinée à la rectotomie. C'est par un véritable mécanisme de ressort que les corps étrangers de ce genre, après avoir franchi le sphincter et forcé l'aponévrose moyenne, se placent, le goulot en avant et le fond abouté au coccyx, dans une position horizontale.

Aug. Benoit.

Colotomie précoce dans le traitement des tumeurs malignes du rectum, par William Rose. (*The Practitioner*, n° 349, 1897.) — Les opérations radicales pratiquées par la voie lomba-sacrée, donnent une mortalité qui est encore excessive. Kocher accuse 28 0/0 de mortalité et 44 0/0 de récidive; Kœnig 38 0/0 de décès et 29 0/0 de récidive; les malades succombent à des hémorragies, au shock opératoire ou restent exposés à l'infection par le passage ultérieur des matières. Les tumeurs dures s'accroissent lentement; il n'en est pas de même des tumeurs de consistance molle; avec elles, il faut s'attendre à une infiltration rapide et étendue. Pour toutes ces raisons, le chirurgien du Collège royal de Londres estime qu'il faut, quelque doive être le traitement ultérieur, commencer par établir un anus iliaque *provisoire* ou *définitif*, sitôt le diagnostic posé. Or, voici les règles de sa pratique, pour faire la colotomie iliaque : il faut essayer de créer un sphincter en rattachant étroitement l'intestin aux muscles de la paroi et, d'autre part, sectionner complètement l'S iliaque pour dévier les matières, sans que le bout inférieur puisse continuer à fonctionner. Il conseille donc, après avoir fait une boutonnière à la paroi, suivant une ligne perpendiculaire à la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, un peu en dehors du centre de cette ligne, d'attirer une anse de l'S iliaque rapprochée du côlon descendant, autant que possible, pour n'avoir pas d'intestin lâche au-dessus. On perfore le méso-côlon avec une aiguille courbe qui traverse toute la paroi, y compris le péritoine. Cette aiguille est passée à quelques centimètres de distance et par deux fois à travers le méso-côlon, de manière à former une anse de fil d'un côté et deux chefs libres de l'autre. Il suffira de serrer ces deux dernières pour obtenir un accollement modéré et suffisant du péritoine pariétal et du méso-côlon. L'auteur préfère ce procédé à ceux qui consistent à passer des sondes ou des baguettes de verre à travers le méso-côlon ; le ventre demeure exposé à l'infection si l'on se borne à suivre ces derniers. Il ne reste plus qu'à rétrécir les bouts de la plaie, s'ils sont trop larges et à couvrir de gaze antiseptique l'anse herniée, qui est laissée ainsi trois ou quatre jours. Après ce temps écoulé, et sous le chloroforme, si les sujets sont nerveux (car la section de l'intestin n'est pas indolore), on supprime la portion herniée de l'S iliaque et on donne issue aux matières. On peut s'assurer, par l'introduction du doigt s'il existe ou non un amas de scybales, dont on favoriserait la sortie. Pour rendre tolérable le fonctionnement de l'anus, il faut conseiller aux opérés le port d'une cupule en celluloïd, maintenue par une ceinture abdominale autour de l'orifice pariétal. On met un pansement antiseptique à l'intérieur, pour protéger la muqueuse et au bout de quelque temps, les malades peuvent s'habituer à aller à la selle à heure fixe, l'écoulement devenant minime dans l'intervalle des selles régulières.

Aug. Benoit.

Abcès froids pulsatiles du thorax, Peyrot. (*XIe Congrès français.*) — En opérant un malade qui présentait un abcès saillant de la partie latérale gauche du thorax, M. Peyrot s'est convaincu de l'existence d'une communication large avec une collection intra-thoracique qui refoulait la plèvre et le cœur, d'où les pulsations que présentait cette collection. Il y avait peu de lésions costales, et l'auteur pense que beaucoup de ces abcès froids dits costaux sont plutôt *sous-pleuraux* et dus à des *lésions tuberculeuses de la plèvre.*

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical des lithiases biliaires latentes, par M. [illegible]

Traitement des plaies par le mercurochrome et le merbromin, par [illegible]

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Œdème brightique suraigu du poumon, par SULAFOY (*Bulletin médical*, n° 88, p. 1005, 97.) — Chez un malade atteint d'œdème ightique suraigu du poumon, l'indication urnte, dominante, c'est l'émission sanguine. La ɔilleure est la saignée.

Malgré le refroidissement du malade, et malé le collapsus imminent qui, au premier abord urraient paraître autant de complications, il faut pas hésiter à retirer immédiatement 0 ou 400 grammes de sang; là est le salut.

Faute de saignée, on appliquera sur la poine trente ventouses scarifiées et deux douines de sangsues.

Les injections sous-cutanées de caféine et éther sont souvent indiquées. Toutefois il ne ıt pas oublier que l'on a affaire à des malades nt les reins sécrètent peu ou ne sécrètent pas. faut donc user de la caféine avec prudence : mmencer par une injection de 10 centigramɔs, quitte à la renouveler plusieurs fois dans ; heures qui suivent. L'oxygène à grandes ses peut également rendre quelques services. ınfin on doit soutenir les forces du malade au oyen de lait, de thé léger très faiblement alolisé.

Il va sans dire que le vésicatoire est rigouusement contre-indiqué. Quant à la morphine faut s'en méfier.

G. LYON.

Traitement de la dyspnée urémique par ıther à haute dose, par G. LEMOINE. (*Presse édicale*, n° 84, p. 225, 1897.) — Rilliet est le emier qui ait essayé les inhalations d'éther ıns l'urémie. Il l'employait exclusivement ıns la forme éclamptique en le substituant ıx inhalations de chloroforme, mais en aucun ıs il n'obtint de résultats. Merklen conseille, ıns les accidents gastro-intestinaux et surtout ıstriques de l'urémie, de « soutenir les forces u malade » à l'aide des injections sous-cutaées d'éther. Ces deux auteurs ne parlent en ucune façon de l'éther employé à combattre irectement les accidents de dyspnée liés à 'urémie.

M. Lemoine emploie le médicament à très ortes doses. Il fait remarquer que s'éliminant rès rapidement, l'éther peut être donné à des doses considérables du moment où elles sont fractionnées; il n'y a aucun danger d'intoxication.

Dans les cas d'urémie dyspnéique grave, M. Lemoine injecte 2 centimètres cubes d'éther toutes les heures, jour et nuit, et en dehors de cela en donne par la voie buccale une cuillerée à café, d'heure en heure, en alternant avec les injections. Quand les malades repoussent celles-ci, il faut leur faire prendre l'éther dans de l'eau sucrée, à la dose de 2 cuillerées à café toutes les demi-heures, et plus si cela est nécessaire. Chez une malade M. Lemoine a pu injecter pendant la première journée 96 centimètres cubes, et pendant la deuxième et la troisième 72 centimètres cubes.

G. LYON.

Le traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise, par E. BARIÉ. (*Semaine médicale*, n° 52, p. 409, 1897.) — Si les efforts violents et les exercices musculaires prolongés sont manifestement contre-indiqués chez les cardiaques, il n'en est pas de même de la marche et certains exercices musculaires employés méthodiquement. En 1885, Œrtel avait recommandé trois sortes de moyens : les ascensions graduées sur des terrains en pente, un régime spécial consistant surtout dans la diminution des boissons, enfin des bains de vapeur ou d'étuves, propres à provoquer la sudation.

A côté de la méthode d'Œrtel s'est développée une autre méthode qui ne fait appel qu'à l'exercice musculaire sous forme de pratiques de gymnastique méthodiquement appliquées et dont l'ensemble constitue la gymnastique dite suédoise. Heinemann à Berlin et Bum à Vienne (1896), ont surtout insisté sur les excellents résultats que donne l'emploi de cette méthode dans diverses cardiopathies.

Le but que se propose la pratique de la gymnastique dans le traitement des cardiopathies est de faciliter le travail du cœur, en augmentant sa force contractile et en diminuant les résistances périphériques.

Pour arriver à ce but, le principe général est de provoquer des contractions des muscles volontaires par des mouvements actifs relativement faibles et lentement renforcés. En agissant de la sorte, on détermine un afflux considérable dans les masses musculaires en activité, dont les artères se dilatent; en même temps le travail de contraction musculaire accélère la circulation dans les vaisseaux capillaires et dans les veines, de sorte que la tension diminue dans les grandes artères, et, avec elle, la résistance aux extrémités contre laquelle le cœur doit lutter. En fin de compte, à la suite

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph.

Traitement chirurgical du glaucome, par le Dr CHIBRET. (*Annales d'oculistique*, septembre 1897.) — Le glaucome est plutôt un syndrome qu'une maladie et l'on est encore mal fixé sur son étiologie et sur son anatomie pathologique, si bien qu'on en est souvent réduit à ne combattre que l'hypertension de l'œil. Les différentes interventions pratiquées dans ce but (ponction cornéenne, iridectomie, sclérotomie antérieure ou postérieure), présentent un inconvénient commun; celui de faire passer brusquement la pression hypertonique de l'œil à une pression hypotonique plus ou moins complète et de provoquer ainsi des accidents, tels que luxation du cristallin, hémorragies de la rétine ou de la choroïde. L'auteur a cherché une solution chirurgicale, produisant une détente lente de la pression intra-oculaire (en vingt-quatre ou quarante-huit heures), débridant l'angle irien et produisant des cicatrices à filtration avec communications entre les chambres et le vitré, le vitré et les espaces sous-conjonctivaux, communications qui exercent une action déplétive durable sur la pression intra-oculaire.

Il pratique, pour réaliser ces différentes indications, une ponction scléro-cyclo-irienne avec un couteau courbe sur le plat et à deux tranchants. Il se produit alors, par suite de la ponction de l'iris, une traction et un débridement vers l'angle irien, et si cette traction est accentuée, un détachement de l'insertion irienne. Cette ponction scléro-cyclo-irienne est répétée dans différents méridiens, de façon à faire cinq à six ponctions.

Ce sera à l'expérience de décider si ce moyen, employé dans vingt et un cas par l'auteur, est appelé à supplanter l'iridectomie et dans quelle mesure, s'il est destiné à s'y ajouter quand elle est devenue insuffisante, ou à la précéder quand elle peut offrir du danger.

KOPFF.

L'extraction du cristallin transparent contre la myopie forte, par le Dr ROHMER. (*Revue médicale de l'Est*, 15 août 1897.) — L'auteur conclut que l'extraction du cristallin transparent dans les cas de myopie forte est une excellente opération au point de vue optique et fonctionnel. Les indications viennent du degré de la myopie (15 dioptries en moyenne chez l'adulte et au delà), de la marche progressive de la maladie et de l'âge du myope (enfance avec 8 ou 10 dioptries).

Les résultats se traduisent par l'amélioration de l'acuité, la faculté de travailler de près à 25 centimètres, et la suppression de l'accommodation, d'où prophylaxie des décollements rétiniens myopiques.

Le procédé opératoire sera l'extraction à lambeau chez l'adulte et l'aspiration chez l'enfant, dans les deux cas, après maturation artificielle du cristallin.

KOPFF.

Guérison d'un cas de tic douloureux de la face par le traitement des voies lacrymales, par le Dr P. BETTREMIEUX. (*Archives d'ophtalmologie*, septembre 1897.) — L'auteur signale le rapport existant entre un tic douloureux de la face et un état pathologique des voies lacrymales. Dans le cas qu'il cite, le traitement des voies lacrymales a fait disparaître les accès douloureux. Le fait n'a rien de surprenant, attendu que la muqueuse lacrymo-nasale reçoit ses filets nerveux du trijumeau et que dès lors toute modification morbide des voies lacrymales peut retentir dans tout le territoire d'innervation du trijumeau. Dans l'observation de M. Bettremieux, les crampes douloureuses remontaient à six ans et avaient résisté aux traitements habituels et comme il y avait des dents mauvaises à la mâchoire supérieure, on procéda à l'ablation du bord alvéolaire, dans le but de libérer les extrémités nerveuses comprimées, ce qui amena une détente pendant neuf mois, suivie de rechute. C'est alors que le malade consulta un oculiste pour du larmoiement. Le cathétérisme fut pratiqué et l'amélioration survint rapidement; puis la guérison qui s'est maintenue jusqu'ici.

Le larmoiement étant un phénomène normal dans la névralgie du trijumeau, l'auteur conseille de ne pas le négliger et de ne pas s'exposer à méconnaître ainsi un état pathologique des voies lacrymales, qui traité comme il l'a fait, a donné une guérison paraissant durable jusqu'ici.

Dr KOPFF.

Opération du ptosis complet, par le Dr DARIER. (*Annales d'oculistique*, août 1897.) — L'opération du ptosis n'est pas la même dans tous les cas. Mais lorsque le ptosis est complet, absolu, le moyen chirurgical qui a donné les meilleurs résultats est celui qui a amené la suppléance du releveur de la paupière par le muscle frontal, en reliant ce dernier avec le bord palpébral par une sorte de tendon artificiel (traînées cicatricielles dans les procédés de Dransart et de Pagenstecher; lambeau cutané insinué jusqu'au

niveau du muscle frontal dans celui de Panas).

L'auteur a eu l'idée de relier le bord palpébral au muscle frontal par un tissu dont les propriétés physiologiques ressemblent plus à l'organe qu'il doit remplacer que des tractus cicatriciels ou des lambeaux cutanés. Pour cela il a cherché à utiliser les faisceaux musculaires du muscle orbiculaire antagoniste du releveur, en les réséquant, pour remplacer les fils ou les lambeaux cutanés, qui dans les autres procédés servajent à relier les paupières au muscle frontal. Le résultat obtenu par cette modification a été parfait dans un cas, l'auteur n'ayant encore pu en faire l'essai qu'une seule fois.

KOPFF.

Action de l'holocaïne, par le Dr NATANSON (de Moscou). (*Communication du Congrès de Moscou. Annales d'oculistique*, octobre 1897.) — Après une instillation d'une solution à 1 0/0, l'anesthésie de la cornée dure cinq à quinze minutes; on peut la prolonger jusqu'à vingt ou trente minutes par deux ou trois instillations successives.

Cette action rapide s'étend jusqu'aux couches profondes de la cornée et permet d'épargner du temps et de procéder sans douleur à des ablations de corps étrangers de la cornée avec particules de rouilles infiltrées dans les couches profondes.

L'holocaïne ne provoque pas de dessèchement et de trouble de l'épithélium cornéen; il n'y a pas de dilatation de la pupille et l'accommodation n'est pas paralysée; elle n'exerce aucune influence sur la tension de l'œil; son action est supérieure à celle de la cocaïne sur les yeux fortement enflammés (corps étrangers, ténotomies); elle est antiseptique; enfin, bien que plus toxique que la cocaïne, son application en instillations n'a jamais été suivie de phénomènes d'intoxication. L'auteur, on le voit, lui trouve des avantages sur la cocaïne.

KOPFF.

De l'holocaïne en ophtalmologie, par M. MASSELON, ex-interne des hôpitaux. (*Archives d'ophtalmologie*, octobre 1897.) — L'holocaïne, nouvel anesthésique découvert par le Dr Taüber, a été expérimentée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Panas, avec des solutions à 1,00 et à 4,00. Les expériences ont été comparées avec la cocaïne au même degré de solution, et elles ont porté sur des yeux sains et des yeux malades.

L'holocaïne paraît présenter sur la cocaïne le grand avantage de n'agir ni sur l'accommodation ni sur la pression intra-oculaire. Mais sa valeur anesthésique sur l'œil sain comme sur l'œil enflammé, n'est pas supérieure à celle de la cocaïne. De plus, elle détermine au moment de l'installation une cuisson assez vive et un larmoiement assez abondant.

KOPFF.

Traitement mécanique de la conjonctivite granuleuse, par le Dr H. KNAPP (de New-York). (*Communication faite au congrès de Moscou, Clinique ophtalmologique*, octobre 1897.) — Si des granulations sont déposées dans une conjonctive gonflée, on peut les exprimer ou les enlever avec une curette, ou les détruire par le galvano-cautère, et traiter ensuite la muqueuse par les médications propres aux conjonctivites (nitrate d'argent, sulfate de cuivre). Mais dans la forme non inflammatoire, le traitement mécanique produit les meilleurs effets. L'auteur n'a pas une expérience suffisante des méthodes par le brossage ou grattage, l'électrolyse, le curettage et l'excision, pour formuler sur elles un jugement basé sur des faits. Mais la méthode qui lui est familière et qui lui donne des résultats favorables, est celle par l'expression des granules. La pince dont il se sert pour pratiquer cette expression a l'avantage d'exprimer la matière trachomateuse sans contusionner, déchirer et étrangler la muqueuse (pinces-rouleaux).

KOPFF.

Des injections sous-conjonctivales, par le Dr DARIER. (*Communication faite au Congrès de Moscou.*) — Le pouvoir antiseptique et résolutif des injections sous-conjonctivales de sublimé ou de cyanure d'hydrargyre est des plus marqués.

Dans les infections oculaires graves, traumatiques ou opératoires, dans les ulcères infectieux de la cornée, associés au galvano-cautère, au début des choroïdites musculaires, et dans toutes les affections d'origine infectieuse ou spécifique, les effets sont prompts et remarquables.

L'auteur se sert actuellement de la solution suivante :

Cyanure Hg.....	0,10 centigr.
Chlorure de sodium..	10 grammes.
Eau distillée.....	500 —

dont on injecte un quart, une demi ou une seringue, loin de la cornée.

KOPFF.

Ablation d'une gomme tuberculeuse de la conjonctive et de la sclérotique, par le Dr VACHER. (*Annales d'oculistique*, août 1897.) — Les tubercules de l'iris sont aujourd'hui traités par tous les praticiens au moyen de l'excision du foyer malade, et de plus en plus l'énucléation est rejetée dans les tuberculoses oculaires localisées.

Ophtalmologie.

Dr KOPFF

Médecin oculiste de l'Hôpital Saint-Joseph.

Traitement chirurgical du glaucome, par le Dr CHIBRET. *Annales d'oculistique*, septembre 1897. — Le glaucome est plutôt un syndrome qu'une maladie et l'on est encore mal fixé sur son étiologie et sur son anatomie pathologique, si bien qu'on en est souvent réduit à ne combattre que l'hypertension de l'œil. Les différentes interventions pratiquées dans ce but (ponction cornéenne, iridectomie, sclérotomie antérieure ou postérieure), présentent un inconvénient commun : celui de faire passer brusquement la pression hypertonique de l'œil à une pression hypotonique plus ou moins complète et de provoquer ainsi des accidents, tels que luxation du cristallin, hémorragies de la rétine ou de la choroïde. L'auteur a cherché une solution chirurgicale, produisant une détente lente de la pression intra-oculaire (en vingt-quatre ou quarante-huit heures), débridant l'angle irien et produisant des cicatrices à filtration avec communications entre les chambres et le vitré, le vitré et les espaces sous-conjonctivaux, communications qui exercent une action déplétive durable sur la pression intra-oculaire.

Il pratique, pour réaliser ces différentes indications, une ponction scléro-cyclo-irienne avec un couteau courbe sur le plat et à deux tranchants. Il se produit alors, par suite de la ponction de l'iris, une traction et un débridement vers l'angle irien, et si cette traction est accentuée, un détachement de l'insertion irienne. Cette ponction scléro-cyclo-irienne est répétée dans différents méridiens, de façon à faire cinq à six ponctions.

Ce sera à l'expérience de décider si ce moyen, employé dans vingt et un cas par l'auteur, est appelé à supplanter l'iridectomie et dans quelle mesure, s'il est destiné à s'y ajouter quand elle est devenue insuffisante, ou à la précéder quand elle peut offrir du danger.

KOPFF.

L'extraction du cristallin transparent contre la myopie forte, par le Dr ROHMER. (*Revue médicale de l'Est*, 15 août 1897.) — L'auteur conclut que l'extraction du cristallin transparent dans les cas de myopie forte est une excellente opération au point de vue optique et fonctionnel. Les indications viennent du degré de la myopie (15 dioptries en moyenne chez l'adulte et au delà), de la marche progressive de la maladie et de l'âge du myope enfance avec 8 ou 10 dioptries.

Les résultats se traduisent par l'amélioration de l'acuité, la facilité de travailler de près à 25 centimètres, et la suppression de l'accommodation, d'où prophylaxie des décollements rétiniens myopiques.

Le procédé opératoire sera l'extraction à lambeau chez l'adulte et l'aspiration chez l'enfant, dans les deux cas, après maturation artificielle du cristallin.

KOPFF.

Guérison d'un cas de tic douloureux de la face par le traitement des voies lacrymales, par le Dr P. BETTREMIEUX. *Archives d'ophtalmologie*, septembre 1897. — L'auteur signale le rapport existant entre un tic douloureux de la face et un état pathologique des voies lacrymales. Dans le cas qu'il cite, le traitement des voies lacrymales a fait disparaître les accès douloureux. Le fait n'a rien de surprenant, attendu que la muqueuse lacrymo-nasale reçoit ses filets nerveux du trijumeau et que des lors toute modification morbide des voies lacrymales peut retentir dans tout le territoire d'innervation du trijumeau. Dans l'observation de M. Bettremieux, les crampes douloureuses remontaient à six ans et avaient résisté aux traitements habituels et comme il y avait des dents mauvaises à la mâchoire supérieure, on procéda à l'ablation du bord alvéolaire, dans le but de libérer les extrémités nerveuses comprimées, ce qui amena une détente pendant neuf mois, suivie de rechute. C'est alors que le malade consulta un oculiste pour du larmoiement. Le cathétérisme fut pratiqué et l'amélioration survint rapidement ; puis la guérison qui s'est maintenue jusqu'ici.

Le larmoiement étant un phénomène normal dans la névralgie du trijumeau, l'auteur conseille de ne pas le négliger et de ne pas s'exposer à méconnaître ainsi un état pathologique des voies lacrymales, qui traité comme il l'a fait, a donné une guérison paraissant durable jusqu'ici.

Dr KOPFF.

Opération du ptosis complet, par le Dr DARIER. (*Annales d'oculistique*, août 1897.) — L'opération du ptosis n'est pas la même dans tous les cas. Mais lorsque le ptosis est complet, absolu, le moyen chirurgical qui a donné les meilleurs résultats est celui qui a amené la suppléance du releveur de la paupière par le muscle frontal, en reliant ce dernier avec le bord palpébral par une sorte de tendon artificiel (traînées cicatricielles dans les procédés de Dransart et de Pagenstecher ; lambeau cutané insinué jusqu'au

niveau du muscle frontal dans celui de Panas).

L'auteur a eu l'idée de relier le bord palpébral au muscle frontal par un tissu dont les propriétés physiologiques ressemblent plus à l'organe qu'il doit remplacer que des tractus cicatriciels ou des lambeaux cutanés. Pour cela il a cherché à utiliser les faisceaux musculaires du muscle orbiculaire antagoniste du releveur, en les réséquant, pour remplacer les fils ou les lambeaux cutanés, qui dans les autres procédés servaient à relier les paupières au muscle frontal. Le résultat obtenu par cette modification a été parfait dans un cas, l'auteur n'ayant encore pu en faire l'essai qu'une seule fois.

KOPFF.

Action de l'holocaïne, par le Dr NATANSON (de Moscou). (*Communication du Congrès de Moscou. Annales d'oculistique*, octobre 1897.) — Après une instillation d'une solution à 1 0/0, l'anesthésie de la cornée dure cinq à quinze minutes; on peut la prolonger jusqu'à vingt ou trente minutes par deux ou trois instillations successives.

Cette action rapide s'étend jusqu'aux couches profondes de la cornée et permet d'épargner du temps et de procéder sans douleur à des ablations de corps étrangers de la cornée avec particules de rouilles infiltrées dans les couches profondes.

L'holocaïne ne provoque pas de dessèchement et de trouble de l'épithélium cornéen; il n'y a pas de dilatation de la pupille et l'accommodation n'est pas paralysée; elle n'exerce aucune influence sur la tension de l'œil; son action est supérieure à celle de la cocaïne sur les yeux fortement enflammés (corps étrangers, ténotomies); elle est antiseptique; enfin, bien que plus toxique que la cocaïne, son application en instillations n'a jamais été suivie de phénomènes d'intoxication. L'auteur, on le voit, lui trouve des avantages sur la cocaïne.

KOPFF.

De l'holocaïne en ophtalmologie, par M. MASSELON, ex-interne des hôpitaux. (*Archives d'ophtalmologie*, octobre 1897.) — L'holocaïne, nouvel anesthésique découvert par le Dr Taüber, a été expérimentée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Panas, avec des solutions à 1,00 et à 4,00. Les expériences ont été comparées avec la cocaïne au même degré de solution, et elles ont porté sur des yeux sains et des yeux malades.

L'holocaïne paraît présenter sur la cocaïne le grand avantage de n'agir ni sur l'accommodation ni sur la pression intra-oculaire. Mais sa valeur anesthésique sur l'œil sain comme sur l'œil enflammé, n'est pas supérieure à celle de la cocaïne. De plus, elle détermine au moment de l'installation une cuisson assez vive et un larmoiement assez abondant.

KOPFF.

Traitement mécanique de la conjonctivite granuleuse, par le Dr H. KNAPP (de New-York). (*Communication faite au congrès de Moscou, Clinique ophtalmologique*, octobre 1897.) — Si des granulations sont déposées dans une conjonctive gonflée, on peut les exprimer ou les enlever avec une curette, ou les détruire par le galvano-cautère, et traiter ensuite la muqueuse par les médications propres aux conjonctivites (nitrate d'argent, sulfate de cuivre). Mais dans la forme non inflammatoire, le traitement mécanique produit les meilleurs effets. L'auteur n'a pas une expérience suffisante des méthodes par le brossage ou grattage, l'électrolyse, le curettage et l'excision, pour formuler sur elles un jugement basé sur des faits. Mais la méthode qui lui est familière et qui lui donne des résultats favorables, est celle par l'expression des granules. La pince dont il se sert pour pratiquer cette expression a l'avantage d'exprimer la matière trachomateuse sans contusionner, déchirer et étrangler la muqueuse (pinces-rouleaux).

KOPFF.

Des injections sous-conjonctivales, par le Dr DARIER. (*Communication faite au Congrès de Moscou.*) — Le pouvoir antiseptique et résolutif des injections sous-conjonctivales de sublimé ou de cyanure d'hydrargyre est des plus marqués.

Dans les infections oculaires graves, traumatiques ou opératoires, dans les ulcères infectieux de la cornée, associés au galvano-cautère, au début des choroïdites musculaires, et dans toutes les affections d'origine infectieuse ou spécifique, les effets sont prompts et remarquables.

L'auteur se sert actuellement de la solution suivante :

Cyanure Hg.....	0,10 centigr.
Chlorure de sodium..	10 grammes.
Eau distillée.....	500 —

dont on injecte un quart, une demi ou une seringue, loin de la cornée.

KOPFF.

Ablation d'une gomme tuberculeuse de la conjonctive et de la sclérotique, par le Dr VACHER. (*Annales d'oculistique*, août 1897.) — Les tubercules de l'iris sont aujourd'hui traités par tous les praticiens au moyen de l'excision du foyer malade, et de plus en plus l'énucléation est rejetée dans les tuberculoses oculaires localisées.

L'auteur cite un cas où l'intervention a porté sur la paroi oculaire scléroticale qui a été trépanée. La guérison a été complète.

Ce fait montre qu'on peut pratiquer des opérations d'exérèse non seulement sur l'iris, mais encore sur la coque fibreuse et vasculaire de l'œil.

KOPFF.

Maladies de la peau et maladies vénériennes.

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux.

Traitement de la lèpre. (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, octobre 1897.) — La conférence de Berlin a remis la lèpre sur le tapis; voici, au sujet de cette maladie les derniers éléments de thérapeutique parus :

Sérothérapie. — Le 24 août 1896, M. JUAN DE DIOS CARRASQUILLA exposait à l'Académie de médecine de Colombie le résultat de dix mois de traitement de la lèpre par la sérothérapie. Saisie de ce travail, l'Académie de médecine de Paris, rendant d'ailleurs hommage à son auteur, déclara, par l'organe de MM. Fournier, Besnier, Roux et Hallopeau, commissaires désignés, qu'on avait trop prématurément affirmé l'amélioration et surtout la guérison de la lèpre par le sérum Carrasquilla.

A côté de ce dernier auteur, M. J. OLAYA LAVERDE, directeur de l'Institut sérothérapique de Bucaramanga (Colombie), chercha à appliquer à la lèpre les procédés sérothérapiques du cancer d'après Richet et Héricourt. Il injecta à l'âne et à la chèvre du sérum de lépreux dans un cas, des produits frais de tumeurs lépreuses dans l'autre.

Les résultats thérapeutiques diffèrent absolument suivant qu'on injecte aux malades le sérum d'un animal traité lui-même par le sérum, ou par le liquide lépromateux frais. Cette dernière méthode seule a donné de bons résultats à l'auteur, qui n'avait rien obtenu avec la première. Au bout d'une série d'injections, dit-il, la peau s'assouplit, les taches palissent, les lépromes se résorbent, les ulcères entrent en cicatrisation.

L'anesthésie cutanée disparaît en quelques semaines, tandis que la peau recouvre ses fonctions normales (sudation). Les doigts recouvrent le toucher, les articulations se mobilisent, les muqueuses oculaire, nasale et laryngée se guérissent spontanément, l'habitus extérieur redevient normal; enfin, la biopsie des lépromes affaissés ne laisse plus voir que des bacilles assez rares et entourés de nombreuses désagrégations microbiennes. — Les observations ont été publiées dans la *Revista médica* de Santander.

MOREL-LAVALLÉE.

Une observation de Unna prouve que toutes les variétés ds lèpre peuvent être guéries ou améliorées.

Un malade qu'il a présenté à la Société médicale de Hambourg était atteint de lèpre tubéreuse à la face et au cou. Il enleva au rasoir les lépromes anesthésiés, cautérisa les plaies a l'acide phénique liquifié et appliqua un pansement à l'emplâtre pyrogallé. A l'intérieur, huile de chaulmoogra et ichtyol.

Guérison, puis nouvelle poussée cutanée généralisée, sans lépromes opérables. Unna fit des injections sous-cutanées d'un mélange de :

Huile de chaulmoogra .	40	grammes.
Huile d'olives.....	100	—

A la dose d'une demi-seringue par jour, en même temps qu'il faisait faire des frictions sur tout le corps avec :

Pommade	100	grammes.
Pyrogallol oxydé	50	—
Acide salicylique.....	60	—

Les injections, douloureuses, furent remplacées par l'ingestion de pilules kératinisées au pyrogallol oxydé, dose totale 50 centigrammes par jour. Puis on arriva à lui faire prendre par jour jusqu'à 2 gr. 50 de pyrogallol oxydé dissous dans l'essence de citron. En cinq mois, tout est rentré dans l'ordre. Les biopsies ont toutes montré la disparition du bacille de Hansen.

MOREL-LAVALLÉE.

Emploi de l'airol. — M. D. FORNARA (de Taggia) a obtenu, dans un cas de lèpre, un succès presque aussi marqué avec l'airol employé comme il suit :

1° Massage de tout le corps avec de la vaseline contenant 10 0/0 d'airol.

2° Pansement des ulcères avec l'airol en poudre.

3° Injections dans les lépromes avec :

Airol.....	5	grammes.
Eau distillée	10	—
Glycérine.....	35	—

A l'intérieur, fer, quinquina et huile de morue.

L'amélioration fut telle que la peau redevint sensible et flexible, des poils tombés reparurent, etc. MOREL-LAVALLÉE.

Traitement des pigmentations persistantes du visage. (*Allgem. Wiener med. Ztg.*, n° 41.) — Braun constate qu'à la campagne le praticien est souvent consulté pour des éphélides persistantes ou du chloasma. La meilleure méthode de traitement consiste indubitablement dans l'application d'une solution alcoolique de sublimé à 1 0/0 : on recouvre la surface à traiter d'un petit morceau de linge qu'on humecte fréquemment avec le topique : on continue jusqu'à ce qu'une cuisson intense se manifeste (il faut parfois deux à quatre heures pour atteindre ce but). Quand on enlève le linge, on voit que l'épiderme est soulevé par une cloque : on procède à l'ablation, aux ciseaux, de l'épiderme soulevé. Les surfaces traitées sont alors débarrassées de leur pigment, mais elles conservent pendant trois à quatre mois au moins une coloration rosée spéciale : il faudra poudrer fréquemment et appliquer la nuit un onguent lanoliné jusqu'à guérison.

E. Vogt.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Trois cas de néphrectomie dans des pyélonéphrites suppurées suivies de guérison, par Sabino Cœlho (de Lisbonne). (In *Rev. de chir.*, p. 891.) — La première opération concerne une femme de 30 ans, qui avait une pyélonéphrite calculeuse, et dont le rein était transformé en une masse fibro-purulente bourrée de calculs. La néphrectomie fut faite; il y eut une petite déchirure intestinale immédiatement suturée. Guérison maintenue depuis quatre ans.

La seconde opération concerne une femme ayant une pyonéphrose simple : la néphrectomie, dont la malade guérit en vingt jours, lui procura une guérison qui depuis quatre ans se maintient.

Le troisième malade est un homme de 35 ans, pour lequel on fit la néphrectomie par morcellement; il y eut blessure du péritoine et de l'intestin, et fistule stercorale pendant trois semaines. Guérison depuis quatre ans.

E. Chevalier.

Herpès génital compliqué d'herpès urétral et d'urétrite herpétique. par R. Le Fur. (In *Ann. Gen. Ur.*, 1897, p. 1105.) — Histoire d'un malade de 38 ans, arthritique et nerveux, qui, après un coït de la veille avec une femme atteinte d'herpès menstruel, eut des douleurs dans la miction, des vésicules d'herpès dans la portion méatique de l'urètre, un écoulement. Le quatrième jour, apparition sur le fourreau de la verge de vésicules herpétiques, en poussées subintrantes, l'écoulement persiste avec douleur. Adénite inguinale double, arthralgies dans les deux genoux, les coudes, les épaules, fièvre herpétique, prostatique.

L'examen bactériologique de l'écoulement ne donne rien, la culture donne une colonie pure d'un gros microcoque.

Un traitement émollient guérit le malade en cinq semaines.

Un mois après, seconde poussée d'herpès génital sans urétrite, ni adénite, ni arthralgie.

Le traitement émollient est le seul qui convient à ces cas. Pas de caustiques, d'injections, de lavages, d'instillations qui augmentent le mal.

E. Chevalier.

Indications de la lithotritie, par Albarran. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — La taille ne présente que des indications restreintes, et la lithotritie est l'opération de choix.

Les pierres trop dures ou enchatonnées sont seules justiciables de la taille; les très grosses aussi.

Les accidents de la lithotritie sont très rares avec des opérateurs exercés.

E. Chevalier.

Etude sur le rétrécissement de l'urètre chez la femme, par Pasteau. (In *Ann. G. U.*, 1897, p. 799, 968, 1062.) — L'auteur, d'après 112 observations dont 15 inédites ou personnelles, étudie le rétrécissement urétral de la femme.

Il commence par exposer l'anatomie normale de l'urètre féminin, en particulier la longueur et le calibre qui est d'environ 8 millimètres, la structure, enfin il arrive à la pathologie proprement dite avec un historique remontant à 1822 (cas de Zœher) et surtout à Lisfranc (1824). L'étiologie comprend des rétrécissements congénitaux, inflammatoires, cicatriciels (accouchement, forceps, corps étrangers). Le siège le plus fréquent est l'extrémité inférieure, le nombre est variable, ainsi que la forme et la longueur. Les signes sont de la fréquence, de la difficulté (mictions en deux fois) et de la dou-

leur de la miction : les constatations physiques se font par l'explorateur à boule, l'endoscopie urétrale. Les complications sont d'ordre local et général (rétention et infection).

Le diagnostic doit se faire avec toutes les tumeurs comprimant l'urètre, avec les polypes, le spasme, les déviations. Le traitement comporte la dilatation simple ou forcée de l'urétrotomie interne pour laquelle l'auteur a fait construire un urétrotome spécial; mais le véritable traitement est la dilatation lente et progressive.

E. Chevalier.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Castration abdominale totale pour salpingo-ovarites bilatérales, par le Dr Pauchet (d'Amiens). (*Semaine gynécologique*, 23 novembre 1897, p. 369.) — L'auteur, complétant ses travaux antérieurs sur la supériorité des résultats éloignés de la castration abdominale sur l'ovariotonie, qui laisse en place un utérus source de souffrances futures, publie plusieurs observations de sa pratique, toutes suivies de succès. Il conclut à l'adoption de deux procédés entre lesquels l'opérateur fera son choix, lorsque l'ouverture du ventre lui aura montré la position exacte des lésions. Si le cul-de-sac antérieur est libre, on emploiera le procédé de Richelot : s'il est occupé par l'utérus refoulé ou par une collection annexielle, on aura recours au procédé américain ou de Delagnière, tel que le pratique M. Segond.

Dans le premier cas, on décollera la vessie de l'utérus jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans le vagin ; par cette brèche on attire dans le ventre le col utérin à l'aide d'une pince : une ligature est placée sur chaque artère utérine; puis le ligament large est tranché de sa base jusque près de son sommet, à coup de ciseaux. Les annexes sont alors décollées de haut en bas, et tout l'appareil génital n'est plus retenu que par deux pédicules vasculaires, au niveau des cornes utérines, pédicules que l'on lie et que l'on sectionne.

Dans le second cas, on commence par pédiculiser les annexes du côté qui s'y prête le mieux, et si l'on a le choix, du côté gauche de préférence. On coupe alors le ligament large de haut en bas, en se dirigeant vers le vagin. On pose chemin faisant des ligatures sur ce qui saigne : en général, elles se réduisent à trois : ligament rond, utéro-ovarienne et utérine. Le vagin est alors ouvert : une incision circulaire relie le col jusqu'à son attache à l'autre ligament large : celui-ci est alors attaqué de bas en haut et sectionné après ligature aux mêmes points que précédemment. Les annexes sont ensuite décollées par en bas, puis pédiculisées.

R. Blondel.

Traitement des métrites par l'essence de Wintergreen. (*Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 11 nov. 1897.) — M. Jouin préconise comme topique intra-utérin dans les cas de métrites, cette substance que l'on sait douée d'un remarquable pouvoir de pénétration dans la profondeur des tissus. Il annonce de bons résultats dûs à cette pratique.

Une discussion intéressante s'est engagée devant la Société au sujet du traitement de la métrite à la suite de cette communication.

M. Fournel estime que l'essence de Wintergreen, même si elle a un pouvoir bactéricide énergique, ne saurait modifier les troubles profonds de structure que la métrite provoque dans la muqueuse utérine. Ni les altérations des glandes, ni les productions scléro-kystiques du col ne seront améliorées par le topique, qui n'empêchera pas d'être obligé de recourir au curettage et à l'abrasion de la muqueuse cervicale par le procédé de Schroder pour obtenir la destruction des lésions.

M. Doléris reprend la question. Pour lui il n'y a pas grand chose à faire contre la métrite aiguë et en particulier celle qui est d'origine gonococcique. Quelques injections vaginales sont tout ce que l'on ait à prescrire.

Contre la vieille métrite du col, contre les lésions anciennes et irrémédiables dont a parlé M. Fournel, la destruction de la muqueuse et l'amputation du col utérin sont les seuls remèdes définitifs. Mais contre l'endo-cervicite non invétérée, mais qui est sortie de la phase aiguë, une application locale de topiques antiseptiques est utile. M. Doléris s'est toujours bien trouvé de l'emploi de la créosote mélangée à la glycérine, qui pénètre bien dans les culs-de-sac glandulaires et les désinfecte d'une façon très satisfaisante. Quant à l'essence de Wintergreen, M. Jouin n'a apporté aucune expérience qui puisse faire préjuger de sa valeur microbicide.

M. Paul Petit fait une étude très complète de la question.

On a prôné bien des topiques pour le traitement

de l'endométrie. M. Petit a successivementessayé, essayé, pour son compte, la créosote, la teinture d'iode, le perchlorure de fer dilué, le naphtol camphré, les solutions de chlorure de zinc et de nitrate d'argent, la glycérine à l'airol dernièrement préconisée par Legueu, etc., etc. ; et c'est encore le plus souvent à la créosote qu'il revient, en donnant la préférence à la créosote de houille sur la créosote de hêtre. Mais le choix du topique, pourvu qu'il soit franchement antiseptique, non caustique, mais tout au plus cathérétique, importe certainement moins que la façon de l'appliquer.

Pour la métrite aiguë puerpérale il faut courir au plus pressé et le topique ne fait que compléter l'action de la curette.

L'endométrite blennorrhagique, à la phase aiguë, n'est jamais tout d'abord qu'une endocervicite ; il faut se garder de la traiter trop activement, de peur d'ouvrir au gonocoque les sphincters isthmiques du corps utérin et de la trompe ou le réseau lymphatique ; le repos, les injections antiseptiques sous faible pression et pas trop chaudes, le tamponnement antiseptique du vagin, quelques badigeonnages intra-cervicaux avec une solution de nitrate d'argent à 1/40 ou de permanganate de potasse à 2 ou 3 pour 100, badigeonnages faits d'une main légère et en veillant à ne pas forcer l'orifice interne, voilà tout ce qu'on peut faire.

Pour les écoulements chroniques, s'ils ne sont ni trop denses, ni trop abondants, les badigeonnages antiseptiques suffisent encore. Mais s'il s'agit de ces sécrétions épaisses, vitreuses qui forment à la surface de l'arbre de vie et jusque dans la profondeur des glandes un véritable enduit isolateur où se dissimulent les germes, il faut faire plus : avant tout, par la dilatation progressive avec la laminaire, aidée ou non de l'éponge, rendre l'intérieur du col facilement accessible, étaler les replis de la muqueuse et les ouvertures des glandes. Cela fait, on peut, à la rigueur, se contenter de pansements intra-utérins à demeure suffisamment prolongés et répétés : mais on obtiendra un résultat beaucoup plus rapide et beaucoup plus sûr en adoptant la pratique suivante qui est actuellement celle de M. Petit.

1° Après trois jours environ de dilatation, pratiquer le curettage utérin.

Le curettage, à cette période de son histoire où toute opération est bonne à tout, guérissait, disait-on, par enchantement, et à lui seul, toutes les métrites. Mais nous savons actuellement qu'il n'en est rien. Mieux vaut s'en abstenir dans l'endométrite blennorragique aiguë : d'autre part s'il s'agit d'un état chronique, il ne peut, à lui seul, que blanchir momentanément la lésion. En réalité, le curetage n'est qu'un des éléments du traitement, élément très utile, temps du gros nettoyage ; et encore, si l'on veut qu'il ait toute son efficacité, sans être nuisible, faut-il prendre le soin de traiter le corps utérin avec un instrument demi-mousse et le col, au contraire, avec un instrument suffisamment tranchant pour enlever une couche de muscle. Il faut se rappeler, en effet, que les glandes du corps, glandes simples en tubes, à sécrétion fluide, jetées avec le stroma environnant, à la façon d'une véritable gelée, sur le muscle sous-jacent, ne le pénètrent, et toujours peu profondément, que par de très rares éléments ; tandis que les glandes du col, très ramifiées, à sécrétion épaisse, pénètrent à 2 ou 3 millimètres dans la paroi. Après avoir essayé de bien des modèles, l'auteur a adopté pour les curettes cervicales des lames en boucle, à dos épais et concaves sur leurs faces, construites, en un mot, comme l'instrument vétérinaire qui sert à abraser la corne des chevaux. On peut, avec cet instrument, enlever de véritables copeaux musculaires et à la profondeur voulue, de façon à laisser dans le col, comme on l'a fait dans le corps, les culs-de-sac glandulaires qui s'imprégneront facilement des topiques et serviront, une fois stérilisés, à la régénération de la muqueuse.

2° Le curettage pratiqué, le faire suivre d'un écouvillonnage avec glycérine créosotée au tiers, puis un pansement intra-utérin avec une mèche de gaze imprégnée du même topique portée jusqu'au fond de l'utérus et modérément serrée.

3° *Le pansement doit être renouvelé tous les trois jours pendant un minimum ordinairement suffisant de 15 jours.* Avant l'introduction de la mèche, lavage antiseptique du vagin et *badigeonnage intra-utérin à fond avec de la créosote de houille pure.* Le meilleur porte-topique pour ces badigeonnage est le porte-topique de Sänger, porte-topique non pas héliçoïde, comme on les fait d'habitude, mais bien à tige plate, ce qui facilite tout à la fois la fixation de la mèche de ouate qui s'imprègne du topique et son remplacement. Ajoutez à cela que cet instrument est très flexible et s'accommode très bien à la courbure utérine, même quand elle est déviée et même très souvent, sans dilatation préalable.

4° Les pansements intra-utérins terminés, maintenir la femme tamponnée jusqu'à ses prochaines règles et ne pas lui permettre de reprendre la vie commune avant d'avoir examiné l'urine du mari. Si le premier jet de l'urine émise dans un verre à expérience contient des

Arthrotomie pour la cure des luxations de l'épaule, par Demons. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — Pour remplacer le procédé de Duplay, qui préconise l'incision transversale de l'épaule et la section de l'acromion, M. Demons se sert de la même incision, la seule donnant un large accès sur l'article, mais il la fait partir du sommet de l'acromion ou d'un point en arrière pour se terminer sur l'apophyse coracoïde. De la sorte, on peut se dispenser de sectionner l'acromion, et on peut agir sur les muscles coracoïdiens, que l'on désinsère au besoin; on peut aussi faire la résection temporaire de l'apophyse.

Aug. Benoit.

Traitement des déviations rachitiques des membres inférieurs, par Albertin (de Lyon). (*XIe Congrès français.*) — Sur plus de 300 cas, ce chirurgien a pu obtenir, au point de vue de l'esthétique et à celui de la fonction, d'excellents résultats en appliquant l'*ostéoclasie* au fémur (appareil de Robin) et l'*ostéotomie* au tibia et au péroné.

La raison de ce choix se trouve dans la présence de deux os à la jambe et la facilité avec laquelle on enlève un coin osseux régulier sur le point culminant de l'inflexion rachitique du tibia.

Aug. Benoit.

Résultats éloignés de la méthode sclérogène. (*XIe Congrès français.*) — M. Paul Coubray a suivi de nombreux malades traités par la méthode de Lannelongue. D'une manière générale, qu'il s'agisse de tumeur blanche, d'abcès tuberculeux profond, d'ostéite des phalanges, etc., les résultats les meilleurs sont obtenus quand il n'y a pas de suppuration. S'il en existe, les injections viennent aider puissamment l'action chirurgicale à laquelle on doit alors recourir. C'est surtout pour les *grandes articulations* atteintes d'arthrite fongueuse, qu'il convient de réserver l'emploi de la méthode, qui donne des résultats réellement définitifs.

Aug. Benoit.

Splénectomie pour kystes hydatiques de la rate. (*XIe Congrès français.*) — M. Hartmann a enlevé la rate pour un kyste hydatique très ancien, sa malade a guéri sans incident. M. Jonnesco (de Bucharest), dans ses nombreuses splénectomies, a eu une mort rapide par leucocythémie. Cet état contre-indique donc, selon lui, toute splénectomie.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical des lithiases biliaires latentes, par M. Duret. (*XIe Congrès français.*) — Bien des lithiases biliaires occasionnent de vives souffrances et conduisent les malades à l'adynamie, sans qu'il y ait eu ictère, tumeur vésiculeuse ou même colique hépatique véritable, mais bien simplement poussées inflammatoires. Les malades réclament un traitement chirurgical, tant leurs souffrances sont vives. M. Duret en a opéré 12 dans ces conditions. La vésicule est souvent difficile à dégager, car elle est plutôt rétractée. La guérison a été obtenue 11 fois, soit par la *cholécystectomie*, soit par la *cholécystostomie*.

Aug. Benoit.

Traitement des plaies par le menthoxol, le camphroxol et le naphtoxol. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 nov. 1897.) — Wagner a expérimenté des combinaisons chimiques nouvelles, contenant 3 0/0 d'eau oxygénée en solution, et, suivant les cas, 1 0/0 de menthol, de camphre ou de naphtol, avec 38 0/0 d'alcool. Ces solutions se conservent fort bien : au bout de trois mois d'observation, leurs qualités désinfectantes étaient restées telles quelles.

Les essais cliniques ont été faits à la Charité de Berlin : on a utilisé des solutions aqueuses à 10 0/0 de ces trois liquides pour tamponner et laver des plaies de diverse nature. Le menthoxol employé dans ces conditions donne lieu à un dégagement abondant de bulles gazeuses.

Les trois produits nouveaux sont antiseptiques, mais se distinguent surtout par leur action remarquable sur la production de granulations : on ne peut déceler entre les topiques de différences marquées à ce point de vue; de vastes abcès cavitaires, traités par ce procédé, se remplissent rapidement de granulations bien colorées, donnant naissance à des cicatrices solides. Dans les cas où le traitement s'adressait à des plaies déjà en voie de granulation, on observa, chaque fois que les granulations paraissaient grisâtres et atoniques, une véritable transformation dans l'état local sous l'influence des liquides en expérience (ulcères de jambe, par exemple.) Il est vrai que dans quelques cas d'ulcères anciens le traitement nouveau n'obtint pas de meilleurs résultats que les autres traitements auparavant essayés; mais ces cas furent exceptionnels.

L'action désodorante de ces produits, surtout du menthoxol, est très marquée; on n'observe jamais d'action irritante, les parties de peau saine entourant la plaie ne s'enflamment pas et n'ont jamais été atteintes d'eczéma au cours des expériences faites jusqu'ici.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Œdème brightique suraigu du poumon, par DIEULAFOY (*Bulletin médical*, n° 88, p. 1005, 1897.) — Chez un malade atteint d'œdème brightique suraigu du poumon, l'indication urgente, dominante, c'est l'émission sanguine. La meilleure est la saignée.

Malgré le refroidissement du malade, et malgré le collapsus imminent qui, au premier abord pourraient paraître autant de complications, il ne faut pas hésiter à retirer immédiatement 300 ou 400 grammes de sang; là est le salut.

Faute de saignée, on appliquera sur la poitrine trente ventouses scarifiées et deux douzaines de sangsues.

Les injections sous-cutanées de caféine et d'éther sont souvent indiquées. Toutefois il ne faut pas oublier que l'on a affaire à des malades dont les reins sécrètent peu ou ne sécrètent pas. Il faut donc user de la caféine avec prudence : commencer par une injection de 10 centigrammes, quitte à la renouveler plusieurs fois dans les heures qui suivent. L'oxygène à grandes doses peut également rendre quelques services. Enfin on doit soutenir les forces du malade au moyen de lait, de thé léger très faiblement alcoolisé.

Il va sans dire que le vésicatoire est rigoureusement contre-indiqué. Quant à la morphine il faut s'en méfier.

G. LYON.

Traitement de la dyspnée urémique par l'éther à haute dose, par G. LEMOINE. (*Presse médicale*, n° 84, p. 225, 1897.) — Rilliet est le premier qui ait essayé les inhalations d'éther dans l'urémie. Il l'employait exclusivement dans la forme éclamptique en le substituant aux inhalations de chloroforme, mais en aucun cas il n'obtint de résultats. Merklen conseille, dans les accidents gastro-intestinaux et surtout gastriques de l'urémie, de « soutenir les forces du malade » à l'aide des injections sous-cutanées d'éther. Ces deux auteurs ne parlent en aucune façon de l'éther employé à combattre directement les accidents de dyspnée liés à l'urémie.

M. Lemoine emploie le médicament à très fortes doses. Il fait remarquer que s'éliminant très rapidement, l'éther peut être donné à des doses considérables du moment où elles sont fractionnées; il n'y a aucun danger d'intoxication.

Dans les cas d'urémie dyspnéique grave, M. Lemoine injecte 2 centimètres cubes d'éther toutes les heures, jour et nuit, et en dehors de cela en donne par la voie buccale une cuillerée à café, d'heure en heure, en alternant avec les injections. Quand les malades repoussent celles-ci, il faut leur faire prendre l'éther dans de l'eau sucrée, à la dose de 2 cuillerées à café toutes les demi-heures, et plus si cela est nécessaire. Chez une malade M. Lemoine a pu injecter pendant la première journée 96 centimètres cubes, et pendant la deuxième et la troisième 72 centimètres cubes.

G. LYON.

Le traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise, par E. BARIÉ. (*Semaine médicale*, n° 52, p. 409, 1897.) — Si les efforts violents et les exercices musculaires prolongés sont manifestement contre-indiqués chez les cardiaques, il n'en est pas de même de la marche et certains exercices musculaires employés méthodiquement. En 1885, Œrtel avait recommandé trois sortes de moyens : les ascensions graduées sur des terrains en pente, un régime spécial consistant surtout dans la diminution des boissons, enfin des bains de vapeur ou d'étuves, propres à provoquer la sudation.

A côté de la méthode d'Œrtel s'est développée une autre méthode qui ne fait appel qu'à l'exercice musculaire sous forme de pratiques de gymnastique méthodiquement appliquées et dont l'ensemble constitue la gymnastique dite suédoise. Heinemann à Berlin, et Bum à Vienne (1896), ont surtout insisté sur les excellents résultats que donne l'emploi de cette méthode dans diverses cardiopathies.

Le but que se propose la pratique de la gymnastique dans le traitement des cardiopathies est de faciliter le travail du cœur, en augmentant sa force contractile et en diminuant les résistances périphériques.

Pour arriver à ce but, le principe général est de provoquer des contractions des muscles volontaires par des mouvements actifs relativement faibles et lentement renforcés. En agissant de la sorte, on détermine un afflux considérable dans les masses musculaires en activité, dont les artères se dilatent; en même temps le travail de contraction musculaire accélère la circulation dans les vaisseaux capillaires et dans les veines, de sorte que la tension diminue dans les grandes artères, et, avec elle, la résistance aux extrémités contre laquelle le cœur doit lutter. En fin de compte, à la suite

Arthrotomie pour la cure des luxations de l'épaule, par Demons. (*XIe Congrès français de chirurgie.*) — Pour remplacer le procédé de Duplay, qui préconise l'incision transversale de l'épaule et la section de l'acromion, M. Demons se sert de la même incision, la seule donnant un large accès sur l'article, mais il la fait partir du sommet de l'acromion ou d'un point en arrière pour se terminer sur l'apophyse coracoïde. De la sorte, on peut se dispenser de sectionner l'acromion, et on peut agir sur les muscles coracoïdiens, que l'on désinsère au besoin; on peut aussi faire la résection temporaire de l'apophyse.

Aug. Benoit.

Traitement des déviations rachitiques des membres inférieurs, par Albertin (de Lyon). (*XIe Congrès français.*) — Sur plus de 300 cas, ce chirurgien a pu obtenir, au point de vue de l'esthétique et à celui de la fonction, d'excellents résultats en appliquant l'*ostéoclasie* au fémur (appareil de Robin) et l'*ostéotomie* au tibia et au péroné.

La raison de ce choix se trouve dans la présence de deux os à la jambe et la facilité avec laquelle on enlève un coin osseux régulier sur le point culminant de l'inflexion rachitique du tibia.

Aug. Benoit.

Résultats éloignés de la méthode sclérogène. (*XIe Congrès français.*) — M. Paul Coudray a suivi de nombreux malades traités par la méthode de Lannelongue. D'une manière générale, qu'il s'agisse de tumeur blanche, d'abcès tuberculeux profond, d'ostéite des phalanges, etc., les résultats les meilleurs sont obtenus quand il n'y a pas de suppuration. S'il en existe, les injections viennent aider puissamment l'action chirurgicale à laquelle on doit alors recourir. C'est surtout pour les *grandes articulations* atteintes d'arthrite fongueuse, qu'il convient de réserver l'emploi de la méthode, qui donne des résultats réellement définitifs.

Aug. Benoit.

Splénectomie pour kystes hydatiques de la rate. (*XIe Congrès français.*) — M. Hartmann a enlevé la rate pour un kyste hydatique très ancien, sa malade a guéri sans incident. M. Jonnesco (de Bucharest), dans ses nombreuses splénectomies, a eu une mort rapide par leucocythémie. Cet état contre-indique donc, selon lui, toute splénectomie.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical des lithiases biliaires latentes, par M. Duret. (*XIe Congrès français.*) — Bien des lithiases biliaires occasionnent de vives souffrances et conduisent les malades à l'adynamie, sans qu'il y ait eu ictère, tumeur vésiculeuse ou même colique hépatique véritable, mais bien simplement poussées inflammatoires. Les malades réclament un traitement chirurgical, tant leurs souffrances sont vives. M. Duret en a opéré 12 dans ces conditions. La vésicule est souvent difficile à dégager, car elle est plutôt rétractée. La guérison a été obtenue 11 fois, soit par la *cholécystectomie*, soit par la *cholécystostomie*.

Aug. Benoit.

Traitement des plaies par le menthoxol, le camphroxol et le naphtoxol. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 nov. 1897.) — Wagner a expérimenté des combinaisons chimiques nouvelles, contenant 3 0/0 d'eau oxygénée en solution, et, suivant les cas, 1 0/0 de menthol, de camphre ou de naphtol, avec 38 0/0 d'alcool. Ces solutions se conservent fort bien : au bout de trois mois d'observation, leurs qualités désinfectantes étaient restées telles quelles.

Les essais cliniques ont été faits à la Charité de Berlin : on a utilisé des solutions aqueuses à 10 0/0 de ces trois liquides pour tamponner et laver des plaies de diverse nature. Le menthoxol employé dans ces conditions donne lieu à un dégagement abondant de bulles gazeuses.

Les trois produits nouveaux sont antiseptiques, mais se distinguent surtout par leur action remarquable sur la production de granulations : on ne peut déceler entre les topiques de différences marquées à ce point de vue; de vastes abcès cavitaires, traités par ce procédé, se remplissent rapidement de granulations bien colorées, donnant naissance à des cicatrices solides. Dans les cas où le traitement s'adressait à des plaies déjà en voie de granulation, on observa, chaque fois que les granulations paraissaient grisâtres et atoniques, une véritable transformation dans l'état local sous l'influence des liquides en expérience (ulcères de jambe, par exemple.) Il est vrai que dans quelques cas d'ulcères anciens le traitement nouveau n'obtint pas de meilleurs résultats que les autres traitements auparavant essayés : mais ces cas furent exceptionnels.

L'action désodorante de ces produits, surtout du menthoxol, est très marquée; on n'observe jamais d'action irritante, les parties de peau saine entourant la plaie ne s'enflamment pas et n'ont jamais été atteintes d'eczéma au cours des expériences faites jusqu'ici.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Œdème brightique suraigu du poumon, par DIEULAFOY (*Bulletin médical*, n° 88, p. 1005, 1897.) — Chez un malade atteint d'œdème brightique suraigu du poumon, l'indication urgente, dominante, c'est l'émission sanguine. La meilleure est la saignée.

Malgré le refroidissement du malade, et malgré le collapsus imminent qui, au premier abord pourraient paraître autant de complications, il ne faut pas hésiter à retirer immédiatement 300 ou 400 grammes de sang; là est le salut.

Faute de saignée, on appliquera sur la poitrine trente ventouses scarifiées et deux douzaines de sangsues.

Les injections sous-cutanées de caféine et d'éther sont souvent indiquées. Toutefois il ne faut pas oublier que l'on a affaire à des malades dont les reins sécrètent peu ou ne sécrètent pas. Il faut donc user de la caféine avec prudence : commencer par une injection de 10 centigrammes, quitte à la renouveler plusieurs fois dans les heures qui suivent. L'oxygène à grandes doses peut également rendre quelques services. Enfin on doit soutenir les forces du malade au moyen de lait, de thé léger très faiblement alcoolisé.

Il va sans dire que le vésicatoire est rigoureusement contre-indiqué. Quant à la morphine il faut s'en méfier.

G. LYON.

Traitement de la dyspnée urémique par l'éther à haute dose, par G. LEMOINE. (*Presse médicale*, n° 84, p. 225, 1897.) — Rilliet est le premier qui ait essayé les inhalations d'éther dans l'urémie. Il l'employait exclusivement dans la forme éclamptique en le substituant aux inhalations de chloroforme, mais en aucun cas il n'obtint de résultats. Merklen conseille, dans les accidents gastro-intestinaux et surtout gastriques de l'urémie, de « soutenir les forces du malade » à l'aide des injections sous-cutanées d'éther. Ces deux auteurs ne parlent en aucune façon de l'éther employé à combattre directement les accidents de dyspnée liés à l'urémie.

M. Lemoine emploie le médicament à très fortes doses. Il fait remarquer que s'éliminant très rapidement, l'éther peut être donné à des doses considérables du moment où elles sont fractionnées; il n'y a aucun danger d'intoxication.

Dans les cas d'urémie dyspnéique grave, M. Lemoine injecte 2 centimètres cubes d'éther toutes les heures, jour et nuit, et en dehors de cela en donne par la voie buccale une cuillerée à café, d'heure en heure, en alternant avec les injections. Quand les malades repoussent celles-ci, il faut leur faire prendre l'éther dans de l'eau sucrée, à la dose de 2 cuillerées à café toutes les demi-heures, et plus si cela est nécessaire. Chez une malade M. Lemoine a pu injecter pendant la première journée 96 centimètres cubes, et pendant la deuxième et la troisième 72 centimètres cubes.

G. LYON.

Le traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise, par E. BARIÉ. (*Semaine médicale*, n° 52, p. 409, 1897.) — Si les efforts violents et les exercices musculaires prolongés sont manifestement contre-indiqués chez les cardiaques, il n'en est pas de même de la marche et certains exercices musculaires employés méthodiquement. En 1885, Œrtel avait recommandé trois sortes de moyens : les ascensions graduées sur des terrains en pente, un régime spécial consistant surtout dans la diminution des boissons, enfin des bains de vapeur ou d'étuves, propres à provoquer la sudation.

A côté de la méthode d'Œrtel s'est développée une autre méthode qui ne fait appel qu'à l'exercice musculaire sous forme de pratiques de gymnastique méthodiquement appliquées et dont l'ensemble constitue la gymnastique dite suédoise. Heinemann à Berlin et Bum à Vienne (1896), ont surtout insisté sur les excellents résultats que donne l'emploi de cette méthode dans diverses cardiopathies.

Le but que se propose la pratique de la gymnastique dans le traitement des cardiopathies est de faciliter le travail du cœur, en augmentant sa force contractile et en diminuant les résistances périphériques.

Pour arriver à ce but, le principe général est de provoquer des contractions des muscles volontaires par des mouvements actifs relativement faibles et lentement renforcés. En agissant de la sorte, on détermine un afflux considérable dans les masses musculaires en activité, dont les artères se dilatent; en même temps le travail de contraction musculaire accélère la circulation dans les vaisseaux capillaires et dans les veines, de sorte que la tension diminue dans les grandes artères, et, avec elle, la résistance aux extrémités contre laquelle le cœur doit lutter. En fin de compte, à la suite

PETITE CHRONIQUE

Les temps sont durs, mes pauvres confrères, et l'année qui s'achève n'est pas, pour beaucoup d'entre nous, de celles que le poète marquait d'un gentil caillou blanc. Je vous disais l'autre jour que le nombre des médecins augmentait dans une proportion véritablement folle. Ce n'est pas tout, hélas! La matière *médicable* elle-même fait défaut chaque jour davantage.

Le nombre des malades diminue, c'est certain, et nous y sommes bien pour quelque chose, puisque sans nous l'hygiène prophylactique n'existerait probablement pas. Mais ce qui diminue dans une proportion autrement rapide, c'est le nombre de ceux qui, malades, veulent bien encore s'adresser au médecin.

Il y a à cela plusieurs raisons, pas belles ni les unes ni les autres. Celle qui arrive en tête et dont je veux vous parler aujourd'hui, dépend d'un élément tout nouveau, qui se développe chaque jour davantage avec les progrès constants de cet agent tout moderne, fils de la diffusion de la presse, petit-fils de l'invention de l'imprimerie, et qui s'appelle la publicité, — c'est la consultation dans le journal ou dans la brochure envoyée à domicile, consultation qui a pris dans ces derniers temps un développement inouï.

Il y a vingt ans, à peine voyait-on de temps en temps un article annonçant, dans un coin honteux d'une quatrième page de journal, la guérison certaine des écoulements en vingt-quatre heures pour trois francs cinquante. Plus tard quelques journaux commencèrent à publier des chroniques scientifiques, où un confrère (?) vint causer hygiène et santé au grand public, l'imprudent !

Ce fut une grave faute. Bien vite, l'industriel en flacons à trois francs cinquante obtint du directeur du journal un post-scriptum bien payé, glorifiant le nom de sa pommade dépurative: bientôt, en y mettant le prix il occupa peu à peu l'article tout entier. Dans *le Journal* du 22 novembre, vous trouverez un article de deux colonnes d'un personnage qui, pour vendre très cher une lotion à faire dresser les cheveux sur la tête, en commençant par les faire repousser, s'attribue simplement les découvertes de Sabouraud comme lui appartenant en propre. Et si mon vieux camarade Sabouraud s'avisait de protester, ce serait alors le triomphe, la réclame monstre, le lancement, la fortune, *otium cum dignitate!*

Il est certain que le traité des moyens de parvenir s'est enrichi de nos jours de quelques chapitres inédits, en général traduits de l'anglais. Tant que les tribunaux fermeront les yeux en disant que le code Napoléon n'avait pas pensé à cela et qu'ils sont là non pour rendre la justice, mais pour appliquer le code Napoléon, tant qu'une énergique initiative ne se sera pas produite et avec éclat, la tache d'huile s'étendra chaque jour davantage.

C'est qu'il n'y a pas que les marchands de cheveux futurs qui se livrent à ce petit jeu. Il y a les inventeurs de remèdes qui sous prétexte de dépuration du sang guérissent simplement toutes les maladies. On trouvera, disent-ils ingénument, dans leur méthode, de quoi, en toute circonstance, *se passer de médecin*. Sirop n° 1, pommade n° 3, pour l'eczéma. Sirop n° 4, pommade n° 2 pour la phtisie et ainsi de suite. Non seulement les pages de journaux en sont pleines, mais on va plus loin, car là encore, il commençait à y avoir trop de concurrence. Une de mes malades vient de m'apporter un volume de 192 pages, qui a été envoyé gratuitement à tous les locataires de la maison qu'elle habite : *Traité des maladies*, soixante-huitième édition. Il y a de tout dans ce petit volume, de la philosophie (?) des prix-courants, des vers, oui, des vers, hommages de cœurs reconnaissants et prosodiques :

Vous qui m'avez rendu, santé, la vie,
Recevez donc tous mes remerciements.
Comptez sur moi, surtout, je vous en prie,
Et sur mes plus dévoués sentiments...

Cœurs bien malades en effet, affectés d'arythmie et d'insuffisance au dernier degré. Tout cela pour arriver à vendre 10 francs environ 1 franc de bicarbonate de soude. Et l'on dit que le Français n'a plus le goût des affaires ! Et puis il y a les attestations de guérisons; il y en a des milliers : il y en a tant qu'on en veut, pour toutes les maladies. Certaines sont charmantes : c'est l'histoire d'un jeune homme *condamné de la poitrine* par plusieurs médecins et qui guérit grâce à l'administration, en cachette, du sirop dépuratif n° 3. Le médecin le déclare sauvé et attribue ce succès à l'huile de foie de

morue qu'il lui avait prescrite et que l'autre s'est bien gardé de prendre. « Et voilà, dit la bonne dame, un bon docteur content de lui-même. Combien seraient heureux de connaître votre sirop comme je le connais moi-même! Mais aussi *combien de médecins et de pharmaciens seraient malheureux!* »

N'allez pas croire que ces curieuses variations sur l'air de « Prenez mon ours... » n'aient d'effet que sur les âmes simples. *Tout cela se lit*, et, sur 10 lecteurs, 6 écrivent au guérisseur. Le public adore se droguer, et se droguer lui-même : c'est dans la nature de la foule parce qu'elle a toute la simplicité d'instinct de l'enfant, du primitif, du nègre, qui aiment mettre d'abord dans leur bouche tout ce qu'ils ne connaissent pas. Un médecin qui ne prescrit rien à prendre n'est pas un médecin : le compère qui vous fait avaler quelque chose, quel qu'il soit, est plus médecin que lui.

Du gros public le courant va en remontant dans les couches sociales plus élevées. L'homœopathie, avec ses petits globules proprets et la manière de s'en servir mise entre les mains de chacun, a fait beaucoup pour les progrès de cette évolution vers ce qu'on a appelé la *médecine pour tous* et qui n'est, hélas! que la *médecine par tous*. Puis ce furent les globules Mattéi, électriques, polychromes, etc. Ce fut le curé Kneipp, ce fut tout le monde. Il y a, dans le public des malades, des sectes thérapeutiques comme dans le protestantisme, sectes ferventes avec apôtres convaincus et toujours un roublard derrière, souriant du fond de son officine. Tous ces schismes sont autant de pris sur la foi de nos pères, la foi dans le médecin de la famille, et bientôt, dans un temps qui n'est pas loin, nous ne serons plus que les prêtres d'un Dieu sans autel, prêtres aussi nombreux que les étoiles du ciel, appelés *in extremis* quand le guérisseur n'aura pas réussi. Cela arrive souvent qu'il ne réussisse pas, évidemment : croyez-vous le malade corrigé? Pas du tout, il va à un autre guérisseur : il y en a à toutes les portes.

Après ce rapide exposé du mal, il faut terminer ce chapitre par le traitement, suivant l'usage. Ah! le pronostic est grave, car l'ennemi est fort et la résistance est bien faible! Songez qu'il a pour lui la Presse, qui ne renoncera jamais à ces lucratives annonces et fera motus, crainte de les perdre, sur toute campagne que nous pourrions entreprendre à ce sujet. Il a pour lui les tribunaux qui se refusent absolument à considérer toutes ces manœuvres, ces fausses attestations, ces mises en avant du nom de l'Académie et de celui de nos maîtres, comme des tentatives d'escroqueries. Il a pour lui le public : *Vulgus vult decipi*, qui criera à la persécution. Il a pour lui l'argent, car il faut bien reconnaître que la profession n'est que trop lucrative. Il a pour lui surtout notre indolence : nul de nous n'osera se mettre à la tête d'une campagne bruyante et les syndicats trouvent plus pressés de s'excommunier entre eux et de banqueter pour ou contre tel ou tel.

Il faudrait avant tout poursuivre avec énergie toutes les publications d'attestations signées de noms et d'adresses d'individus imaginaires. La chose vient d'être faite pour celles que publient périodiquement les industriels qui exploitent un soi-disant Institut contre la surdité, boulevard Rochechouart, sous le nom d'un malheureux confrère à qui on acheta ce nom, pour 500 francs, six mois avant sa mort. Il y a eu condamnation.

Il faut recommencer impitoyablement pour chaque attestation de guérison reconnue fausse. A ce point de vue nos confrères de province, mieux à même que d'autres de connaître la fausseté de ces signatures, ont un devoir à remplir.

Ils pourront être certains d'avance que le concours de tous leur sera acquis, dûssions-nous ouvrir une souscription pour soutenir les frais de chaque instance. Il faut demander la condamnation a un franc de dommages-intérêts et surtout *l'insertion dans les journaux*. Tout est là.

Restent les brochures distribuées à domicile Il faut qu'un syndicat réclame des tribunaux l'application de la loi sur *la vente des remèdes secrets*, qui est interdite en France, comme on le sait. Il faut enfin qu'un des maîtres nommés aussi impudemment dans ces prospectus ait le courage d'intenter une action en dommages-intérêts à ces exploiteurs de la renommée d'autrui. Il faudrait peu à peu arriver à transformer l'esprit du public en lui ouvrant les yeux toutes les fois que l'occasion s'en produirait...

Tout cela est beaucoup demander. Commençons par le commencement. Que nos confrères de province ayant connaissance de la fausseté d'une attestion publiée comme venant d'une personnalité de leur pays, manifestement imaginaire, n'hésitent pas à prendre l'initiative d'une plainte : nous serons là pour les soutenir, s'il le faut. Le péril est réel : il est grand temps que nous agissions, car l'instant est critique et il est l'heure pour chacun, suivant la formule de Nelson, de faire son devoir.

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

L'affaire Laporte. — Notre confrère, par une lettre publiée dans le *Bulletin médical*, vient de faire connaitre que le chiffre atteint par le total des dernières souscriptions dépassant de beaucoup le montant présumé des frais de son appel, il prie les journaux qui en ont pris l'initiative de clore dès maintenant cette souscription et de transmettre à tous ceux qui ont bien voulu y participer ses remerciements émus.

Union des Syndicats médicaux de France. — L'Union des Syndicats médicaux de France a tenu, vendredi dernier, sa réunion annuelle à l'hôtel des Sociétés savantes, à Paris. Elle a clos ses travaux par une assemblée générale, puis par un banquet qui a eu lieu le soir chez Marguery, sous la présidence du Dr Napias, représentant le Ministre de l'intérieur.

Parmi les questions traitées citons d'abord et naturellement l'affaire Laporte, qui préoccupe si vivement le monde médical; puis la création d'un Ordre des médecins, création chaleureusement défendue par le Dr Lassalle, qui en est le promoteur, et dont le principe est adopté par tous les délégués des Syndicats adhérents; l'organisation totale du système des expertises médico-légales, conséquence de la question Laporte; représentation de l'Union au Conseil supérieur de l'Assistance publique, adoptée par la Chambre sur la proposition de M. Roch.

A l'unanimité, l'Assemblée a adopté la résolution suivante sur la création de nouvelles Facultés de médecine :

« Considérant que le nombre des Facultés « actuellement existantes suffit amplement à « assurer le recrutement et que leur création ne « répondant à aucun besoin des populations, « serait de nature à augmenter l'encombrement « déjà trop grand de la profession; qu'il serait « surtout nécessaire de renforcer l'enseignement « dans les Ecoles afin de donner plus de valeur « aux diplômes professionnels, l'Assemblée géné- « rale de l'Union des Syndicats médicaux de « France signale le danger de toute nouvelle « création de Facultés ou Ecoles de médecine. »

Enfin, l'Union a réélu son Bureau. En remplacement de M. le Dr Porson (de Nantes), qui a occupé cinq années le siège de président, elle a nommé M. le Dr Comby (de Paris).

Ont été élus vice-présidents : MM. les Drs Lasalle (de la Gironde), Cellier (de la Mayenne), et Gairal (des Ardennes).

Les doctoresses dans les écoles de filles. — Sur la proposition du Dr Levraud, le Conseil municipal, dans une de ses dernières séances, vient d'inviter l'Administration à faire nommer des femmes docteurs comme médecins des « écoles de grandes filles ».

C'est sur une pétition signée de deux femmes docteurs, Mmes Blanche Edwards-Pilliett et Jeanne Leclerc, toutes deux anciennes internes provisoires des hôpitaux, que le Conseil municipal a exprimé ce vœu.

A ce propos, beaucoup d'encre a encore été répandue. Dans une interview, publiée par un journal politique, une de ces dames dit simplement : « Inutile d'insister sur les raisons en vertu desquelles il convient que le médecin des établissements municipaux de grandes jeunes filles (au-dessus de 13 ans) soit une femme ».

Pas gentille, la jeune consœur. Le même raisonnement pourrait s'appliquer à tout le personnel de l'établissement, où pas un homme ne devrait être admis, pas un inspecteur, pas un fournisseur. Il faut croire que la confiance dans la valeur morale de l'éducation donnée aux jeunes filles dans ces lycées est assez médiocre. Pendant qu'on en est veine de prévisions aimables, pourquoi l'administration ne nommerait-elle pas une sage-femme attachée à chaque établissement?

Nécrologie. — Le Pr Tarnier, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur. — Dr Barre, de Toulouse. — Dr Bartès, de Toucy. — Dr Coffignon, de Marly. — Dr Coignet, de Bordeaux. — Dr Laforesterie, de Tilly-sur-Saulle. — Dr Poisson, de Poitiers.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'administration du mercure. — La lutte entre les partisans et les détracteurs des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis se poursuit dans les Sociétés savantes et dans les Revues. Le Congrès de Moscou en a réflété les échos, sous la forme d'une très importante communication de M. Jullien. Tous les syphiligraphes sont d'accord sur l'énergie curative toute spéciale qui est le propre des piqûres de sels insolubles, du calomel en particulier. Mais la plupart ont dû reconnaître que les inconvénients sérieux qu'elles comportent, au point de vue de la douleur, de l'impotence fonctionnelle, sans parler de la formation toujours possible des abcès, doivent faire réserver cette méthode puissante pour les cas graves, où il s'agit à tout prix de gagner de vitesse sur l'agent spécifique. Personne ne songe plus guère à faire de ces douloureuses piqûres le traitement régulier, continu, chronique que comporte pendant trois années au moins. la cure méthodique de la syphilis suivant la méthode toujours classique, du Pr Fournier.

Les injections de sels solubles, un peu moins douloureuses, nullement indolores cependant, exigent un traitement *journalier* qui n'est pas à la portée de tout le monde. Pour toutes ces raisons, l'absorption par les voies digestives est restée le procédé le plus pratique, le plus sûr, celui auquel le Pr Fournier est demeuré fidèle et beaucoup d'autres à son exemple.

Malheureusement le principe de l'ingestion une fois admis, toute difficulté n'est pas tranchée, car il n'est point de sel mercuriel qui n'ait ses inconvénients dans la pratique. Le protoiodure est mal toléré par l'intestin, le bichlorure par l'estomac, le bi-iodure est peu actif : trop souvent des gastrites par irritation, des diarrhées douloureuses ont dû faire suspendre le traitement.

L'idéal serait d'employer un sel mercuriel actif, n'irritant nullement les voies digestives que le malade puisse prendre chaque jour presque sans s'en apercevoir, condition essentielle de sa persévérance. Or, ce sel est connu : c'est le tannate de mercure, et de nombreux essais nous ont appris la parfaite efficacité de son emploi dans les manifestations les plus variées de la syphilis. Combiné à l'iode sous forme d'iodotannate de mercure, il réalise le traitement continu de choix du syphilitique. La préparation de ce sel est malheureusement difficile à obtenir à l'état stable : on y est parvenu cependant et, sous forme de dissolution, dans un élixir vineux faiblement alcoolisé, il constitue l'*Elixir Déret*, dont la réputation est en voie de détrôner peu à peu celle de l'antique sirop de Gibert.

C'est en effet une préparation parfaitement stable, non seulement facile à absorber, mais même agréable au goût, exempte presque complètement de la saveur métallique tardive de toutes les préparations hydrargyriques solubles, résultat aussi précieux qu'inespéré. Pas de troubles digestifs consécutifs, pas de diarrhée ni de coliques, même après un traitement de plusieurs semaines. Bien entendu, l'antisepsie de la bouche et des gencives s'impose comme avec tout traitement mercuriel, si l'on veut prévenir la stomatite inévitable et dont la présence même montre qu'il ne s'agit pas d'une préparation inactive.

Quant aux résultats, les essais entrepris à Cochin, à Laënnec, à Saint-Louis et dans d'autres hôpitaux, ont montré la grande puissance de l'Elixir Déret. Dans les cas mauvais où il a été employé, c'est-à-dire syphilis cérébrale, gommes cutanées, sarcocèle, etc., toujours il a été admirablement toléré, à la grande joie des malades, enchantés de le voir remplacer les piqûres si douloureuses.

Chez les enfants, chez les sujets jeunes et délicats, l'Elixir Déret est par conséquent le médicament de choix et son champ d'action s'étendra d'autant plus que la thérapeutique moderne fait bénéficier chaque jour du traitement mercuriel des affections nouvelles autres que la syphilis, telles que le lupus, la tuberculose laryngée et nombre d'affections oculaires, glaucome ou irido-choroïdite.

Le nom d'Elixir Déret n'évoque d'ailleurs aucune idée de traitement hydrargyrique en sorte que son emploi peut être suivi avec régularité par le malade, sans éveiller l'attention de l'entourage, comme il advient avec les autres préparations, dont le nom trop connu est éminemment révélateur ; à l'heure actuelle Chopart, Van Swieten et Gibert sont démasqués. Or il n'est pas d'assiduité sans tranquillité : et pas de guérison sans assiduité.

Les Eunuques du Palais impérial de Pékin. — Nous empruntons à un très intéressant travail de M. Matignon sur les castrats chinois la description du mode opératoire employé par les Célestes.

Le patient est couché sur une sorte de lit de camp. Des bandes compriment les cuisses et le ventre. Un assistant le fixe vigoureusement par la taille tandis que les deux autres tiennent les jambes écartées.

L'opérateur est armé soit d'un couteau courbe en serpette, soit de longs et forts ciseaux.

De la main gauche il saisit le pénis et les testicules, les comprime, les tord pour en chasser le plus de sang possible et d'un coup rapide, il coupe le plus ras possible les bourses et le verge. Une petite cheville de bois ou d'étain, en forme de clou, est placée dans l'urètre. La plaie est lavée trois fois à l'eau poivrée, puis des feuilles de papier imbibées d'eau poivrée sont appliquées sur la région et le tout est soigneusement bandé.

Le patient, soutenu par des aides, est ensuite promené pendant deux ou trois heures dans sa chambre, après quoi on lui permet de se coucher.

Pendant les trois jours qui suivent, l'opéré est privé de boisson; le pansement n'est pas renouvelé et le malade souffre non seulement de sa plaie, mais surtout de la rétention d'urine par obstacle mécanique. Le temps écoulé, les pièces du pansement sont enlevées et le malade peut essayer de pisser; s'il peut uriner, il est considéré comme guéri et félicité de ce chef.

Si la miction ne peut se faire, il est destiné à mourir dans des souffrances atroces: il y a rétention d'urine, et les Chinois ne se servent pas de sondes.

Après l'amputation, il reste une large plaie, triangulaire à sommet inférieur; la réparation se fait par bourgeonnement et demande une centaine de jours environ.

Après l'opération, il reste souvent de l'incontinence d'urine; si cette infirmité se prolonge, le patient reçoit des coups, traitement qui est considéré comme très efficace et que l'on continue jusqu'à cessation de l'incontinence.

Pour lutter contre l'atrésie de l'urètre, on y introduit soit une cheville de bois, soit une sorte de bougie en étain que l'on enlève pour la miction.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

Par le Dr Jules Janet,
Ancien interne des Hôpitaux.

(*Suite et fin.*)

Blennorrhagie chez l'homme (*suite*).

Traitement des blennorrhagies compliquées de foyers extra-urétraux. — Si l'on fait plusieurs préparations microscopiques dans le cours d'un traitement au permanganate, on peut trouver dans ces préparations quelques rares gonocoques, surtout si l'on a affaire aux traitements prolongés dont nous avons parlé plus haut. Ces gonocoques même augmentent de nombre si l'écartement des lavages est trop considérable, si l'on se risque à laisser un écart de vingt-quatre heures, alors qu'il aurait fallu s'en tenir à douze, ou plus tard quand l'on essaye les intervalles de trente-six et de quarante-huit heures. Mais ces gonocoques sont visiblement atrophiés par l'action des lavages : ils se colorent mal, se reproduisent mal. On n'en retrouve que deux à quatre dans les leucocytes. Ils sont plus gros que d'habitude, très irréguliers dans leur forme.

Tant qu'on les voit conserver ces caractères d'affaiblissement, il ne faut pas s'inquiéter et l'on peut continuer avec patience le traitement sans songer à le modifier. Si au contraire on retrouve dans la préparation des groupes gonococciques absolument frais et vigoureux, se colorant bien et conservant leur petitesse et leurs formes régulières, on peut en conclure qu'il existe un foyer que les lavages n'atteignent pas.

Si l'on ne lave que l'urètre antérieur, il faut immédiatement soupçonner que l'urètre postérieur s'infecte, même si aucun trouble du deuxième verre ne l'indique. Si on lave les deux urètres, il faut conclure à l'existence d'un foyer extra-urétral et le rechercher, sous peine de prolonger indéfiniment le traitement et cela sans aucun résultat.

Ces foyers extra-urétraux sont de trois ordres :

1° Les foyers prostatiques ;

2° Les foyers glandulaires de l'urètre antérieur ;

3° Les cryptes et trajets para-urétraux congénitaux de la fosse naviculaire et du méat,

Pour rechercher les foyers gonococciques prostatiques, on fait uriner le malade dans deux verres, en lui recommandant de conserver encore de l'urine dans la vessie. Cela

fait, on exprime bien l'urine que peut encore retenir l'urètre antérieur et l'on masse méthodiquement la prostate; on voit alors apparaître au méat une goutte plus ou moins grosse ou plusieurs gouttes d'un liquide aqueux, non filant, blanchâtre ou blanc jaunâtre, que l'on recueille sur une lame de verre; si l'on y trouve des leucoytes en abondance et des gonocoques (ils sont en général dans ces cas assez rares et libres) on peut affirmer l'existence de foyers gonococciques dans les glandes de la prostate. Si même on ne trouve pas de gonocoques dans ce liquide, mais seulement des leucocytes en abondance, il faut néanmoins soupçonner l'infection prostatique et traiter le malade en conséquence d'après la méthode que nous indiquerons bientôt. Le massage de la prostate permet souvent dans ces cas de percevoir de petits nodules, indurés, surtout au niveau des bords supérieurs et latéraux de la glande, quelquefois au milieu même de son tissu: mais souvent aussi il ne permet de percevoir aucune anomalie de la prostate, bien qu'il permette d'en extraire un liquide purulent plus ou moins abondant.

Si le massage de la prostate ne permet pas d'amener une goutte au méat, on fait uriner au malade le reste de l'urine qu'il avait retenue dans sa vessie et on la compare à l'urine du deuxième verre qui sert de témoin. Si ce troisième verre est plus trouble que le second, il faut le centrifuger et en faire l'analyse. On obtient ainsi les caractères des sécrétions prostatiques qui étaient trop minimes pour refluer jusqu'au méat, mais que ce dernier jet d'urine à balayées. Comme nous venons de le dire, qu'on y trouve des gonocoques ou non, si l'on y rencontre d'abondants leucocytes il est prudent de traiter le malade comme porteur d'un foyer gonococcique prostatique. Ce procédé d'analyse précise des sécrétions prostatiques a été proposé par le Dr Finger (de Vienne).

La recherche des foyers glandulaires de l'urètre antérieur se fait de même, mais en massant l'urètre antérieur au lieu de la prostate. Si par ce massage après miction on peut obtenir une goutte purulente à gonocoques, ou même sans gonocoques, il faut se méfier de l'infection des glandes urétrales et agir en conséquence.

Plus fréquemment que pour la prostate, on perçoit dans ce cas, par la palpation, les glandes enflammées, sous la forme de petits nodules indurés le long du trajet urétral. Quelquefois ces nodules résistent et ne se vident pas par pression. Le plus souvent cet état n'est que momentané et ils se vident bientôt dans l'urètre. D'autres fois ils forment de véritables abcès para-urétraux, d'abord enkystés, qui s'ouvrent ensuite, si on les laisse évoluer, par un trajet plus ou moins long qui longe les faces inférieures ou latérales de l'urètre et vient aboutir, par un petit orifice, soit sur les côtés du frein, soit à l'angle inférieur ou sur les lèvres du méat, soit le long de la face inférieure de la verge. Souvent ils s'ouvrent simultanément dans l'urètre et à l'extérieur, formant ainsi une fistule. Les glandes situées de chaque côté du frein de la verge subissent très souvent cette évolution.

Les cryptes ou trajets para-urétraux congénitaux se trouvent toujours au voisinage du méat. Ils sont surtout fréquents chez les hypospades. Ils sont constitués soit par une vaste lacune située à l'angle supérieur du méat, soit par divers trajets situés sur ses côtés. On peut en rencontrer jusqu'à huit sur le même sujet.

Le traitement des foyers prostatiques consiste simplement à faire un massage de la prostate avant chacun des lavages au permanganate.

Le traitement des foyers glandulaires urétraux se vidant dans l'urètre consiste à masser l'urètre antérieur avant chaque lavage pour les évacuer.

S'ils forment un abcès para-urétral ne se vidant pas dans l'urètre, il faut ouvrir largement ces abcès et abraser le plus possible de leur paroi.

Si ces abcès communiquent avec l'urètre il faut de même les ouvrir, abraser leur paroi, retrouver leur orifice urétral, y introduire une soie que l'on fait ressortir par le méat et laisser cette soie à demeure, en liant les deux chefs d'entrée et de sortie. Ce dispositif maintient béante la fistule et permet d'y faire passer le long de la soie le liquide des lavages. La fistule se ferme d'elle-même après la disparition des gonocoques. On active sa fermeture par une ou plusieurs cautérisations au galvano-cautère.

Quant aux cryptes et trajets para-urétraux, soit congénitaux, soit dus à l'ouverture à distance des abcès glandulaires péri-urétraux, il faut les inciser du côté de l'urètre, de manière à faire largement communiquer leur cavité avec la cavité urétrale. J'ai fait construire pour cet usage à M. Gentile un petit sécateur très pratique qui fait automatiquement cette incision. Il se compose d'une fine sonde cannelée sur laquelle court une lame boutonnée. La sonde cannelée est introduite jusqu'au fond du trajet para-urétral, le bouton de la lame dirigé vers l'orifice urétral. Il suffit alors de pousser la lame le long de la sonde cannelée pour sectionner d'un bout à l'autre la paroi qui sépare le trajet de l'urètre. Les lavages peuvent dès lors atteindre facilement les microbes que contenait ce trajet. On est souvent conduit à pratiquer cette opération simultanément avec l'ablation d'un abcès glandulaire para-urétral quand ces canaux proviennent de l'ouverture au niveau du méat d'un de ces abcès situés plus bas sur le trajet de l'urètre.

Tel est le traitement que j'ai depuis longtemps proposé contre la gonococcie urétrale; après avoir essayé tous les autres traitements proposés, sauf le dernier en date, le protargol de Neisser. Je reste convaincu qu'aucun autre de ces traitements ne peut lui être comparé. Les cas dans lesquels il semble échouer sont toujours dus à des complications para-urétrales qu'il permet de déceler par cela même qu'il échoue. Il suffit de lutter contre ces complications pour obtenir un plein succès. On peut néanmoins lui reprocher que, dans certains cas, indépendamment de tout foyer para-urétral, son action est lente, fastidieuse pour le médecin et surtout pour le malade; nous savons que ce cas se présente quand on s'est attaqué, au grand bénéfice du malade du reste, à une blennorrhagie trop aiguë. En peu de jours on obtient la sédation de tous les phénomènes inflammatoires : l'écoulement est réduit à une petite goutte purulente matinale insignifiante, mais aussitôt que l'on vient à espacer les lavages, l'infection reprend de plus belle. Il semble dans ces cas que le permanganate perd son action par accoutumance. Je me suis bien trouvé alors de le suspendre pendant quatre ou cinq jours, non pour laisser couler, ce qui serait une lourde faute, mais pour le remplacer par des lavages avec une autre substance qui déshabitue l'urètre de l'action du permanganate. Après en avoir essayé plusieurs, c'est à l'itrol (citrate d'argent) à 0,25/1000 que je me suis arrêté pour cet usage. Il laisse les choses en état, n'améliore pas la situation, mais aussitôt qu'on reprend ensuite les lavages de permanganate, la guérison s'obtient rapidement.

Grâce à ces quelques modifications, le traitement de la blennorrhagie par les lavages de permanganate de potasse me semble devoir être conservé, ne serait-ce que parce qu'il supprime dès le début de son application tout écoulement compromettant et toute chance de complication dans le présent et dans l'avenir.

Passons maintenant à l'étude du traitement de la blennorrhagie dans ses diverses COMPLICATIONS :

***

Traitement de la blennorrhagie chez les rétrécis. — Un malade atteint d'un rétrécissement de l'urètre peut être en même temps porteur de gonocoques anciens ou avoir contracté une infection gonococcique récente. Voici à quelle ligne de conduite on doit se tenir en pareil cas.

Si le rétrécissement est suffisamment large (15 Charrière et au-dessus) pour ne pas provoquer de rétention et pour ne pas risquer d'obstruer l'urètre sous l'influence congestive des lavages, il ne faut pas s'en occuper et pratiquer la série de ces lavages comme s'ils n'existait pas, en remettant à plus tard, après la disparition vérifiée des gonocoques, la dilatation nécessitée par le rétrécissement.

Si au contraire le rétrécissement est très étroit et s'il existe de la rétention vésicale, il ne serait pas prudent d'agir ainsi, car on s'exposerait à voir survenir une rétention complète par gonflement de l'urètre au point rétréci, sous l'influence des lavages; on est alors autorisé à pratiquer simultanément la dilatation et les lavages.

Pour cela, on fait d'abord uriner le malade : puis on fait un petit lavage complet à l'eau boriquée, en remplissant la vessie d'eau boriquée. On pratique ensuite la dilatation.

Cela fait, on fait uriner au malade l'eau boriquée que l'on avait introduite dans sa vessie, et l'on termine par un lavage complet au permanganate, en s'en tenant à la dose de 25 centigrammes pour 1000 au moins pendant les premières séances.

Quand on est arrivé au n° 18, on cesse la dilatation et on termine la série des lavages, en remettant à plus tard la suite de la dilatation.

En opérant de la sorte on évite tout danger de complication, en particulier l'orchite qui est très à craindre toutes les fois que l'on sonde sans grandes précautions d'antisepsie un malade porteur de gonocoques.

Il est bien entendu que l'exploration même du canal comporte la même série de précautions que la dilatation : on s'exposerait de même à voir survenir un orchite, si on la pratiquait sans la faire précéder et suivre d'un lavage.

Traitement de la blennorrhagie compliquée de cystite. — La cystite blennorrhagique est un symptôme qui n'est pas toujours dû à la même cause. Elle peut résulter d'une simple irritation de la vessie par les produits solubles provenant de l'urètre postérieur : elle peut provenir aussi de l'extension à la paroi vésicale de l'inflammation de l'urètre postérieur, enfin elle peut être due à une véritable infection due à la pullulation d'un microbe secondaire, coli-bacilles ou coques divers. Le gonocoque lui-même se rencontre si rarement dans les cystites qu'on peut admettre en pratique qu'il ne peut cultiver dans la vessie.

L'immense majorité des cystites blennorrhagiques sont des cystites irritatives. On le reconnaît facilement en analysant l'urine du second verre, on n'y trouve que du pus et quelques rares groupes gonococciques provenant de l'urètre postérieur.

En pareil cas, le traitement est le même que celui de la blennorrhagie ordinaire, en ayant soin de s'en tenir au début aux doses faibles et de n'introduire dans la vessie que de petites quantités successives de liquide. Les lavages de permanganate, supprimant presque immédiatement les produits solubles dus à la culture gonococcique urétrale et l'inflammation qu'elles produisent, suppriment du même coup la réaction inflammatoire de la vessie.

Si au contraire la cystite est infectieuse, ce dont on se rend compte en retrouvant par l'analyse de l'urine d'innombrables microbes, coli-bacilles ou coques, le traitement par le permanganate, suffisant pour supprimer les gonocoques urétraux, n'aurait que peu d'action

sur les microbes secondaires contenus dans la vessie. On pourrait le pratiquer néanmoins en remettant à plus tard la désinfection de la vessie par les sels d'argent, mais il est plus simple d'associer ces deux traitements en mélangeant dans la même solution la dose voulue de permanganate de potasse et de nitrate d'argent ou de sublimé. Ces substances n'agissent que très peu l'une sur l'autre, surtout si l'on prépare la solution extemporanément et exercent leur action isolément : le permanganate de potasse sur les gonocoques urétraux, le nitrate d'argent ou le sublimé sur les microbes vésicaux.

Comme doses je m'en tiens généralement dans ce cas au permanganate à 25 centigrammes pour 1000 additionné de 25 centigrammes de nitrate d'argent ou de 5 centigrammes de sublimé.

On obtient ainsi une sédation rapide, quelquefois une guérison complète de l'infection vésicale. Si cette infection persiste après la disparition des gonocoques, on peut alors l'attaquer comme d'habitude par des lavages à la sonde avec le nitrate d'argent de 1/1000 à 1/500 ou par les instillations vésicales de 1 à 5/100.

On peut aussi dans ce cas recourir exclusivement aux grands lavages d'itrol à 25 centigrammes pour 1000 qui agissent également bien sur l'infection gonococcique urétrale et sur l'infection secondaire vésicale sans être aussi douloureux que les lavages de nitrate d'argent.

Le protargol récemment préconisé par Neisser serait peut-être encore préférable, mais je n'ai encore aucune expérience à ce sujet, dont j'ai commencé tout récemment l'étude.

Traitement de la blennorrhagie compliquée d'orchite. — J'ai bien souvent essayé de traiter par les lavages urétraux des orchites blennorrhagiques en pleine acuité, mais je n'ai jamais eu à m'en louer. Les traumatismes causés par ces lavages exagèrent plutôt la poussée congestive de l'épididyme; il est préférable dans ce cas de supprimer tout traitement urétral pendant la période aiguë de l'orchite. Cela n'a du reste aucun inconvénient, étant donné que l'état de l'urètre s'améliore toujours spontanément pendant cette période.

Une fois cette période aiguë passée, on commence les grands lavages de permanganate qui amènent alors une guérison très rapide de l'épididymite.

La conduite doit être la même en cas de prostatite.

Nous ne pouvons entrer dans de plus grands détails relativement à ces complications, qui nécessiteraient une étude beaucoup plus approfondie.

Traitement de la blennorrhagie compliquée de rhumatisme blennorrhagique ou d'autres complications à distance. — En présence de ces complications générales de la blennorrhagie : rhumatisme, endocardite, méningite, conjonctivite, le traitement urétral doit être pratiqué d'urgence quel que soit le degré d'acuité de l'urétrite ou de ses complications. Si on a la chance de tomber sur un cas où ces complications générales sont dues aux toxines du gonocoque, et ces cas sont fréquents, on obtiendra par les lavages une guérison presque immédiate de tous les accidents généraux; si au contraire on tombe sur un cas de généralisation de l'infection gonococcique, le traitement n'aura aucune action. Je l'ai malheureusement constaté sur un de mes malades qui a été ainsi emporté par une endocardite gonococcique. Il faudra néanmoins toujours pratiquer les lavages avec persévérance, pour supprimer le foyer primitif de l'infection et les toxines qu'il produit et s'attaquer au foyer gonococcique extra-urétral, s'il est accessible, comme par exemple au niveau de la conjonctive ou même d'une articulation.

2° Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Le traitement de la blennorrhagie de la femme est encore plus compliqué et moins bien connu que celui de la blennorrhagie de l'homme. Je ne prétends pas en exposer ici tous les détails : je voudrais simplement indiquer les règles du traitement des cas les plus simples, du reste heureusement les plus fréquents de cette affection.

Avant de commencer aucun traitement, il faut ici, comme chez l'homme, se rendre compte de toutes les localisations du gonocoque dans les nombreux foyers que les organes génitaux féminins leur présentent.

Ces foyers sont les suivants : l'urètre, les glandes para-urétrales, les glandes de Bartholin, le vagin, le col utérin, le corps de l'utérus, les trompes. En admettant pour les glandes para-urétrales le nombre de quatre, ce qui est le cas le plus ordinaire, nous avons donc douze foyers possibles où nous devons rechercher les gonocoques et où nous devons, si possible, les poursuivre.

C'est surtout immédiatement après les règles que la recherche des gonocoques dans tous ces foyers est fructueuse.

Le traitement des gonocoques utérins et salpyngiens présente de très grandes difficultés : mais il n'en est pas de même des autres foyers, qui sont très faciles à désinfecter; or, heureusement, ces cas d'infections gonococciques localisées à l'urètre, aux glandes urétrales et vaginales et au vagin sont des plus fréquentes. Ce sont eux qui constituent la blennorrhagie des femmes prétendues saines qui donnent la chaudepisse : on les rencontre très fréquemment dans la clientèle particulière, bien plus fréquemment que dans la clientèle hospitalière, où les cas d'infections utérines et salpyngiennes sont beaucoup plus communs. Cette différence tient probablement aux précautions prises par les femmes soigneuses de leur personne que nous avons à traiter dans notre clientèle privée : les éponges vaginales ou autres procédés destinés à éviter la fécondation, les injections faites immédiatement après le coït protègent leur utérus contre l'infection gonococcique.

Ce sera donc déjà un très grand point que de savoir guérir ces blennorrhagies urétro-vulvaires. Je veux m'en tenir là dans cet article, le traitement des blennorrhagies utéro-salpyngiennes comportant de véritables interventions chirurgicales dont la plus simple, le lavage intra-utérin, demande déjà une grande expérience et ne doit pas être tenté sans études spéciales préalables. Je ne veux pas sortir ici des procédés simples, exempts de danger, même entre les mains les moins expertes en gynécologie.

En général, tous les foyers que nous avons signalés ne sont pas pris simultanément, on retrouve les gonocoques dans l'urètre et dans une ou plusieurs des glandes para-urétrales ou dans l'urètre et une Bartholin par exemple, ou bien encore dans l'urètre, une ou plusieurs glandes para-urétrales et le vagin. Les combinaisons peuvent être très variées. Supposons le cas le plus complexe, c'est-à-dire celui où nous trouvons des gonocoques dans l'urètre, dans une glande para-urétrale, dans une Bartholin et dans le vagin. Si nous savons traiter une semblable malade, il sera aisé de traiter les autres, qui ne peuvent être que moins complexes.

Préparons comme arsenal :

1° Un bock semblable à celui qui nous a servi pour l'homme, sur lequel nous monterons, en temps utile, une solide canule vaginale en verre ou une petite canule à bec conique allongé pouvant se monter sur le pavillon de la sonde de Nélaton ;

2° Une solution de permanganate de potasse tiède à 50 centigrammes pour 1000;

3° Un bocal avec quelques tampons trempés dans le sublimé à 50 centigrammes pour 1000;

4° Une sonde de Nélaton courte, à pavillon. Cette sonde doit avoir 15 centimètres de long et être percée uniquement à son extrémité, qui néanmoins doit rester bien arrondie;

5° Une seringue de 10 ou 20 grammes munie de canules de platine très fines, droites et courbes, pour laver les canaux glandulaires. J'ai fait construire pour cet usage, par M. Gentile, des seringues facilement stérilisables par l'ébullition; on me permettra de les recommander.

La malade étant assise sur le lit disposé pour l'examen gynécologique, on commence par laver soigneusement la vulve avec les tampons au sublimé, puis on fait une injection vaginale avec la moitié du litre de solution de permanganate, en s'aidant de l'index de la main gauche, qui accompagne la canule dans le vagin, pour le déplisser et extraire les mucosités qui s'en dégagent.

Cela fait, on exprime avec les doigts le contenu des glandes urétrales ou de Bartholin infectées, et l'on injecte dans les glandes, avec la seringue armée de canules droites pour les glandes para-urétrales, fortement courbées pour les glandes de Bertholin, la même solution dont on a eu soin de réserver une partie dans un petit vase quelconque.

Enfin, on introduit la sonde de Nélaton graissée de glycérine dans l'urètre, on évacue l'urine vésicale, on lave la vessie, en se servant du syphon armé de la petite canule de verre qui s'adapte à la sonde, on laisse échapper par la sonde l'eau du lavage, puis on remplit une dernière fois la vessie de permanganate et sans la vider on retire la sonde, en continuant l'injection pour laver l'urètre à la sortie de la sonde.

Cela fait, la malade se lève et urine seule dans un vase la solution qu'on lui avait laissée dans la vessie.

Ce traitement doit être répété tous les jours, *même pendant la période menstruelle;* c'est faute de se conformer à cette règle primordiale que la plupart des traitements que l'on applique d'ordinaire à la blennorrhagie des femmes, échouent misérablement. Les gonocoques abandonnés à eux-mêmes pendant les règles cultivent de plus belle et font perdre tout le terrain qu'on avait pu acquérir pendant la période intermenstruelle.

Le résultat de ce traitement est en général rapide, aussi rapide, sinon plus, que chez l'homme. Les lois qui président à la cessation du traitement sont les mêmes que celles que j'ai exposées plus haut pour la blennorrhagie masculine.

Les épreuves pour vérifier la guérison sont les mêmes et sont surtout valables après les règles, qui favorisent toujours la repullulation des gonocoques.

Pour recueillir la goutte urétrale après ces réactions et même comme renseignement diagnostique avant le traitement, je recommande aux malades de se placer entre les lèvres, au-dessous du clitoris, un petit tampon de coton, le soir en se couchant. Le tampon reste ainsi fixé pendant toute la nuit, et l'on y retrouve le lendemain matin la goutte urétrale sous forme d'une tache jaune ou verdâtre, dont on peut facilement analyser les éléments, en humectant ce coton avec une solution de sulfate de soude à 2/100 et en l'exprimant ensuite entre les doigts sur une lame de verre.

Il est évident que le traitement de la blennorrhagie féminine est souvent beaucoup plus complexe et conduit à de petites opérations telles que: ablation de polypes urétraux, cautérisation galvanique de trajets difficiles à laver, ouverture d'abcès glandulaires ou de la glande de Bartholin abcédée, etc., mais en fait, réduit à ces simples

termes, il permettra dans un très grand nombre de cas de rendre de grands services à des malades que l'on livre d'habitude à toutes les fantaisies du gonocoque, en ne leur recommandant que des injections vaginales ou des ovules.

3° Traitement de la blennorrhagie des enfants.

La blennorrhagie est surtout fréquente chez les petites filles, néanmoins on peut également la rencontrer chez les petits garçons.

Le Dr Viger (1) a guéri d'une blennorrhagie totale (urètre antérieur et postérieur) un petit garçon de 2 ans à l'aide de lavages de permanganate de potasse de 12 centigrammes à 25 centigrammes pour 1000.

N'ayant aucune expérience de ce genre de traitement je n'ose en fixer les règles.

Il n'en est pas de même de la blennorrhagie des petites filles qui est très commune et bien facile à soigner.

Les localisations du gonocoque chez les petites filles sont beaucoup moins nombreuses que chez la femme à cause du peu de développement des glandes urétro-vulvaires qui constituent la plus grande difficulté du traitement des femmes adultes.

Les foyers les plus fréquents sont, chez les petites filles, la vulve et le vagin, beaucoup plus rarement l'urètre et le rectum et très exceptionnellement l'utérus et les annexes.

Le diagnostic de l'infection vulvo-vaginale ne présente aucune difficulté. Celui de l'infection urétrale se fait de la façon suivante : On lave la vulve et le vagin à l'eau boriquée, puis on introduit par l'orifice vaginal un explorateur olivaire de calibre approprié à tige résistante et grâce à cet explorateur on comprime l'urètre d'arrière en avant, on obtient ainsi une goutte urétrale si l'urètre est infecté. Il est bien entendu que l'on ne doit faire cette exploration que deux heures au moins après la dernière miction.

Le diagnostic de la blennorrhagie ano-rectale ne présente pas de difficultés.

Le diagnostic de la blennorrhagie utérine ne peut être fait qu'à l'endoscope. On se sert pour cela d'un endoscope urétral de verre court qui permet d'atteindre l'orifice utérin et d'examiner ses sécrétions. C'est une exploration difficile qui nécessite un outillage spécial : nous n'y insisterons donc pas.

Le traitement de ces diverses localisations est le même que celui des foyers homologues chez la femme, mais il nécessite des instruments plus petits. Celui que je préfère pour cet usage est une sonde de Nélaton à pavillon, très courte et très fine (5 centimètres de long, calibre 9 Charrière), percée seulement à son extrémité. Après avoir soigneusement lavé la vulve avec des tampons de coton imbibés de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000, on remplit une seringue de la même solution. On arme son bec de la petite sonde, on graisse cette sonde avec un peu de glycérine, on l'introduit par l'orifice de l'hymen et on lave ainsi copieusement le vagin.

Tel est le traitement habituel de la vulvo-vaginite des petites filles. Au début de la blennorrhagie il doit être répété deux fois par jour, plus tard une seule fois. Il est si simple qu'on peut le confier à une personne de l'entourage de l'enfant.

(1) *Journal des Connaissances médicales*, 19 juillet 1894.

Quand on soupçonne que l'on approche de la guérison, on écarte de plus en plus les lavages, puis on met l'enfant en observation, en se tenant prêt à combattre les rechutes, qui sont du reste fréquentes, dès leur apparition.

Dans les autres cas, le traitement est plus difficile et ne peut être fait que par le médecin.

Il existe quelquefois chez les petites filles des diverticules muqueux para-urétraux assez profonds qui doivent être lavés spécialement avec la petite seringue armée d'une canule métallique fine dont j'ai parlé plus haut.

Si l'urètre est infecté, après avoir lavé la vulve et le vagin, on introduit dans l'urètre une nouvelle sonde de Nélaton, pareille à celle qui nous a servi à laver le vagin; on évacue l'urine vésicale, et on la remplace par la solution de permanganate à 25 centigrammes pour 1000 injectée à la seringue. On retire la sonde en continuant à injecter pendant la traversée urétrale : on seringue ensuite l'orifice urétral bien entr'ouvert et on fait uriner à l'enfant le permanganate injecté précédemment dans la vessie. Il est prudent de ne répéter cette opération qu'une fois par jour et de la cesser aussitôt que l'urètre semble désinfecté, car il se désinfecte beaucoup plus vite que la vulve et le vagin et ne se réinfectera pas, si l'on a le soin de faire laver plusieurs fois par jour la vulve avec le permanganate à 50 centigrammes pour 1000. Cette dernière précaution est du reste utile dans tous les cas, même dans la simple vulvo-vaginite.

Le traitement de la blennorrhagie ano-rectale consiste à laver l'anus avec des tampons de coton imbibés de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000, puis à injecter dans le rectum avec une grosse sonde de Nélaton courte une cinquantaine de grammes de la même solution que l'enfant évacue immédiatement après par défécation. Ce traitement est répété une fois par jour.

N'ayant aucune expérience du traitement de la blennorrhagie utérine des petites filles, je n'en parlerai pas.

Il me resterait à exposer le traitement de la période post-gonococcique chez l'homme et chez la femme, mais l'espace qui m'est dévolu pour ce travail ne me permet pas de donner pour le moment suffisamment de précision à ce chapitre si complexe. J'y reviendrai tôt ou tard.

TRAITEMENT DES INFECTIONS DE L'ENFANT

par l'exposition à l'air.

Par le Dr E. Thiercelin,

Ancien interne de l'hospice des Enfants-Assistés.
Chef de clinique adjoint à la Faculté.

Si l'air pur est indispensable au maintien de la santé, il est, à plus forte raison, indispensable pendant le temps de maladie, si l'on veut obtenir la guérison.

Cette affirmation semble être banale, il n'est pourtant pas sans nécessité de la proclamer, car si tous les médecins sont aujourd'hui profondément imprégnés de cette vérité, ils ont bien souvent à lutter contre les préjugés des familles qui veulent que le malade soit tenu enfermé dans une chambre surchauffée et dans une atmosphère rarement renouvelée. Nous avons tous été témoins de cette véritable séquestration qu'on inflige aux pauvres malades, surtout à ceux qui sont atteints d'une affection pulmonaire ou d'une fièvre éruptive, et nous savons tous combien il est difficile de faire comprendre à l'entourage que l'air que respire le malade doit être fréquemment renouvelé. « Pris sans cesse et repris par les voies aériennes, il n'est plus, comme le dit Peter (1), de l'air respiré mais de l'air ruminé... chaque bouffée d'air inspiré a été mille fois jusque dans l'intérieur, jusque dans les recoins les plus intimes du corps. »

Nous devons à la vérité de dire, du reste, que si ces idées sont aussi profondément enracinées dans l'esprit des familles, c'est que pendant longtemps elles ont été professées par les médecins eux-mêmes qui attribuaient « aux refroidissements » toutes les complications, et surtout les complications pulmonaires, survenant dans le cours des maladies infectieuses. Les médecins admettaient bien que l'air est le meilleur remède à opposer aux anémies et surtout à celles qui succèdent aux affections déglobulisantes, ils le recommandaient aux chlorotiques et aux convalescents, mais ils le redoutaient plutôt pour les malades atteints d'affections aiguës, surtout pulmonaires, et aussi pour les jeunes enfants, quelle que soit la maladie dont ceux-ci étaient atteints.

La thérapeutique antiphymique a, la première, cherché à s'aider des propriétés curatives de l'air pur, et au lieu de suivre les errements du passé, et de calfeutrer le pauvre tuberculeux dans une atmosphère viciée, on cherche de plus en plus aujourd'hui à le faire vivre dans un milieu où l'air est pur et constamment renouvelé; les fenêtres de la chambre où il couche restent ouvertes jour et nuit, et dans les stations, où sont soignés spécialement ces malades, la *cure d'air* est la seule thérapeutique employée, les malades vivant, le plus possible, au grand air dans des jardins ou des parcs, à l'abri du vent et du soleil.

Les résultats qu'on obtient par cette aérothérapie dans les sanatoria sont des plus encourageants; sous l'influence du séjour au grand air, les échanges nutritifs sont acti-

(1) Peter. *Leçons de clinique médicale.*

vés, l'appétit revient, et rapidement le tuberculeux augmente de poids. L'état général n'est pas seul amélioré, localement les symptômes s'amendent aussi, et l'aérothérapie est actuellement le meilleur traitement que nous possédions contre la tuberculose.

Frappé des résultats obtenus par l'aérothérapie dans le traitement de la tuberculose, et de l'action stimulante qu'elle exerce sur les échanges nutritifs, notre maître M. le Pr Hutinel songea à l'employer chez les petits enfants, chez lesquels ces échanges sont considérablement ralentis, et chez ceux qui sont atteints d'infections profondes. Les résultats qu'il a obtenus sont en partie consignés dans la thèse d'un de ses élèves, M. Contal (1).

M. Hutinel appliqua tout d'abord l'aérothérapie au traitement de l'athrepsie (2), il fit exposer à l'air pendant l'été les enfants atteints de syphilis héréditaire, les avortons, nés débiles, hésitants à se développer, les enfants dont le poids n'augmente pas, sans qu'il soit possible d'incriminer des troubles digestifs. Ces enfants étaient descendus dans les jardins de l'hospice des Enfants-Assistés et placés dans des chambres improvisées formées au moyen de draps étendus autour du lit et dans lesquelles l'air se renouvelle sans cesse. Sous l'influence de l'air et de la lumière les échanges nutritifs sont plus actifs, la quantité du lait absorbée est plus considérable, aussi l'enfant augmente-t-il de poids, et beaucoup durent leur salut à l'aérothérapie, qui se seraient atrophiés de plus en plus et seraient fatalement morts s'ils étaient restés renfermés dans la salle. D'ailleurs, cette exposition dans les jardins a non seulement l'avantage de permettre à l'enfant de respirer un air plus pur que celui des salles, mais elle permet aussi d'aérer plus complètement au moyen de courants d'air ces salles dans lesquelles ces enfants seront rapportés le soir pour y passer la nuit. De plus, séjournant moins longtemps dans ces chambres avec les autres petits malades, ils courront moins le risque de s'infecter entre eux. Or l'on sait combien sont fréquentes ces infections secondaires dans les hôpitaux d'enfants, et combien elles sont redoutables pour l'athrepsique et le syphilitique.

La cure d'air est donc un adjuvant précieux au traitement de l'athrepsie et de la syphilis héréditaire, mais elle donne des résultats aussi remarquables dans le traitement de certaines infections aiguës, comme celles qui se développent à la suite des fièvres éruptives, ou bien d'emblée, comme certaines staphylococcies.

Nous avons pu voir dans le service de M. Hutinel, de très jeunes enfants profondément infectés, avec des abcès multiples, une fièvre atteignant 40° et plus, et dans le sang desquels l'examen bactériologique avait pu déceler la présence des staphylocoques, qui ont guéri grâce à l'exposition à l'air, alors qu'ils seraient fatalement morts si l'on n'avait pas eu recours à l'aérothérapie. M. le Dr Contal dans sa thèse a rapporté une série d'observations très concluantes, dans lesquelles on peut voir combien est salutaire l'influence de ce mode de traitement, non seulement dans l'athrepsie et la syphilis héréditaire, mais aussi dans les infections secondaires prolongées de fièvres éruptives.

Dans l'une de ces observations il nous montre un enfant syphilitique dont le poids n'augmentait que lentement en subissant des fluctuations, chez qui se déclara une poussée congestive broncho-pulmonaire avec élévation thermique au-dessus de 38°. L'enfant fut sorti toutes les fois que la température extérieure le permit, et à partir de ce moment son poids augmenta davantage et plus régulièrement. Un autre enfant de 6 ans, qui, après une rougeole, présenta des complications broncho-pneumoniques avec râles sous-

(1) M. Contal. *Thèse*, Paris, 1897.

(2) V. Hutinel et Thiercelin. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. IV, p. 791.

crépitants, et des oscillations thermiques irrégulières jusqu'à 39° ou 40°, fut descendu dans le jardin le vingt-quatrième jour de l'infection alors que la température était encore entre 38° et 39°; le lendemain, le petit malade n'avait plus que 37° le soir, et la température resta définitivement à la normale. Un enfant de 3 ans, cachectique et anémié, suspect de tuberculose, entra à l'infirmerie pour une broncho-pneumonie avec température à 39°, râles fins et respiration soufflante au hile du poumon, leucocytose et même globules à noyau. Quelques jours après il contracta la coqueluche, puis la rougeole. Dans la convalescence de celle-ci l'enfant fut descendu au jardin, son état général s'améliora rapidement malgré l'assaut de ces infections multiples et la mauvaise qualité du terrain.

Nous n'avons pas besoin d'insister davantage pour prouver que l'aérothérapie est un auxiliaire puissant dans le traitement des infections; il n'y a du reste là rien qui doive nous surprendre, car nous savons que l'air et la lumière sont deux microbicides puissants et que, d'autre part, ils exercent une influence très favorable sur la nutrition des êtres vivants.

Pasteur d'abord, puis Miquel ont montré que beaucoup de microbes de l'air étaient incapables de se reproduire. Downes et Blunt expliquèrent ce fait en montrant que des cultures de microbes exposées à la lumière poussaient d'autant plus difficilement que l'exposition était plus longue; ces résultats furent contrôlés et complétés par les expériences de Jamieson, de Duclaux, de Straus, de Roux (1). Du reste on sait que dans les endroits exposés au soleil, l'air est plus pur que dans les endroits ombragés.

Quant à l'action de la lumière sur la nutrition générale des êtres vivants, elle est de toute évidence, et n'a pas besoin d'être démontrée. Nous pouvons pourtant rappeler les expériences de Tizzoni et Fileti qui ont vu que des lapins jeunes privés de lumière mouraient, tandis que les autres augmentaient de poids; les recherches de Graffenberger sur des lapins et celles de Demme sur des enfants renfermés dans des chambres non éclairées, montrent également combien la lumière active les échanges nutritifs (élimination plus grande d'acide carbonique, température du sang plus élevée de 0°,1 à 0°,5, sécrétion urinaire plus active) et produit une augmentation de l'hémoglobine et de la quantité totale du sang.

---

(1) Duclaux. *Traité de microbiologie*, t. I, p. 330.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 décembre 1897.

Présidence de M. le Dr JOSIAS

M. LE PRÉSIDENT présente, au nom de la Société de thérapeutique, ses félicitations à M. le Pr POUCHET, à l'occasion de sa nomination comme membre de l'Académie de médecine.

M. JASIEWITZ met en garde, dans une lettre adressée à la Société, ses confrères contre l'emploi d'une spécialité de *pilules contre la constipation*, qui contiennent de la noix vomique : le prospectus donne comme dose moyenne, six pilules par jour : or, un confrère en ayant pris trois seulement fut atteint de phénomènes d'intoxication sérieux.

M. PETIT présente, pour prendre date, une courte notice concernant la *digitaline cristallisée :* l'orateur a pu obtenir des cristaux de grande taille, d'une pureté parfaite, qui lui ont servi à fixer le pouvoir rotatoire de l'alcaloïde avec une exactitude rigoureuse. Ayant soumis aux mêmes recherches un échantillon de *digitoxine allemande*, il a pu reconnaître l'identité des réactions des deux produits en expérience. Il est donc probable que la *digitoxine actuelle*, beaucoup plus pure que celle qu'on obtenait autrefois, ne constitue pas autre chose que la *digitaline cristallisée française* et n'est pas un alcaloïde nouveau.

M. GALLOIS lit un rapport sur le *traitement du lymphatisme*. Le lymphatisme a été défini un état prédisposant à la scrofule : ce terme vague demande une délimitation que l'orateur trouve dans le *facies adénoïdien* de Meyer. La présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx détermine l'engorgement des ganglions cervicaux, car les tumeurs adénoïdes sont continuellement exposées à des irritations et à des infections variées. Si l'on n'a pas jusqu'à présent observé le rapport de cause à effet entre les végétations adénoïdes et le type lymphatico-scrofuleux, c'est que les spécialistes se sont surtout attachés à l'étude de l'état local du naso-pharynx, tandis que les pédiatres ont décrit le type lymphatique bien avant la découverte de Meyer, et n'ont pu par conséquent étudier ce côté de la question.

L'*impétigo* et la *conjonctivite* caractéristiques du lymphatisme sont causés par des inoculations du muco-pus nasal, que les adénoïdiens récoltent sur les doigts et transportent sur la peau ou les conjonctives : ces dernières peuvent aussi être infectées par l'entremise du canal lacrymal.

La cause première du développement des adénoïdes nous échappe encore ; quant à la pathogénie du lymphatisme, on peut le considérer comme le résultat d'une infection légère de l'organisme par des microbes virulents envahissant les adénoïdes : la scrofulose représenterait une infection massive s'effectuant par le même mécanisme.

Le *traitement du lymphatisme* se confond par conséquent avec le *traitement des végétations adénoïdes :* il consiste dans l'ablation de ces dernières. Le traitement interne aura pour base l'iode (solution de Lugol, deux cuillerées à café par jour aux repas), le fer, les amers sous forme du sirop suivant :

Sirop de quinquina	ãã	200 grammes.
Sirop de gentiane		
Teinture d'iode	ãã	2 —
Iodure de potassium		

L'huile de foie de morue donne d'excellents résultats : il en est de même des moyens hygiéniques, le grand air, la gymnastique sans excès, l'hydrothérapie, les cures marines, les stations thermales, etc.

Pour obtenir l'*asepsie des fosses nasales* dans le but de s'opposer aux infections partant de la région, l'orateur recommande l'emploi fréquent de la pommade suivante :

Vaseline	30 grammes.
Acide borique	6 —
Aristol	50 centigr.
Menthol	1 gramme.

Usage externe.

Comme c'est surtout à l'occasion du développement d'*affections infectieuses intercurrentes* que les ganglions se prennent, la *prophylaxie* vis-à-vis de ces maladies jouera un rôle considérable dans le traitement du lymphatisme. On évitera les foyers de grippe, de rougeole, de coqueluche, etc., on se rappellera que les adénoïdiens sont tout particulièrement susceptibles d'être atteints de diphtérie : on éloignera ces enfants de tout foyer tuberculeux, et l'on traitera avec persévérance les accidents impétigineux, la conjonctivite (les lavages au cyanure de mercure, en solution à 1/10000, sont ici fort efficaces).

M. Pouchet présente, au nom de M. Mignon, une observation concernant un cas de *susceptibilité extraordinaire pour le calomel.* Un malade, ayant pris en un jour deux cachets de 50 centigrammes de calomel, fut atteint d'une *gingivo-stomatite septique* grave, identique à celles que l'on observe parfois à la suite d'un traitement prolongé par les frictions d'onguent napolitain. Ces accidents ne cédèrent entièrement qu'au bout de deux mois.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

MALADIES GÉNÉRALES NON INFECTIEUSES

Maladies de la nutrition et intoxications.

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Traitement de la chlorose, par Hayem. (*Médecine moderne*, n° 90, p. 713, 1897.) — Le traitement de la chlorose doit comprendre trois ordres de moyens, remplissant chacun avec une égale mesure une indication importante; aussi faut-il l'appliquer dans son entier pour en assurer le succès :

1° Le repos;

2° Le régime et le traitement gastrique;

3° Le fer sous une forme convenable.

1° *Repos*. Pendant longtemps on a prescrit les exercices physiques, la marche, la gymnastique, moyens excellents, disait-on, pour activer la circulation générale, développer l'appétit et les forces. En réalité les malades hospitalisées et laissées au repos guérissent plus vite que les malades de la ville. En suivant chez elles les éliminations de pigment d'origine hématique, on voit que ces pigments deviennent plus abondants les jours d'exercices que les jours de repos.

Le repos au lit, recommandé par M. Hayem depuis 1881, est indispensable dans les cas intenses, remarquablement favorable dans ceux de moyenne intensité, utile même dans les cas légers.

Il s'oppose à la destruction trop active des globules, il combat la neurasthénie habituelle chez les chlorotiques (sensation de fatigue au réveil, excitabilité, etc.), régularise le mouvement nutritif; enfin il a l'avantage de faire supprimer le corset, qui favorise singulièrement la dilatation de l'estomac.

La durée du repos est variable, tout dépend des degrés de l'anémie, de l'intensité de la neurasthénie et de la dyspepsie.

Dans les cas légers et moyens, les plus ordinairement observés, un mois, cinq semaines suffisent. Les cas intenses avec grande anémie et asthénie exigent six semaines à deux mois de repos. Encore convient-il de faire passer progressivement les malades du repos complet à l'état ordinaire. On leur permettra d'abord de se lever pour les repas seulement, puis de sortir en voiture pendant le jour et dans la bonne saison on les engagera à se reposer à l'air. On limitera également les heures pendant lesquelles les malades resteront levées, deux heures d'abord, puis deux heures et demie et peu à peu on augmente.

2° *Régime et traitement gastrique*. L'étiologie de la gastropathie des chlorotiques est la même que chez les jeunes filles non chlorotiques. L'hérédité, directe ou indirecte, cette dernière représentée par les maladies de la nutrition des ascendants, les maladies de l'enfance ayant laissé à leur suite une lésion stomacale, la mauvaise hygiène alimentaire, enfin l'usage de corset qui détermine souvent la dilatation comptent parmi les principales causes de l'affection stomacale.

Pratiquement on constate chez les chlorotiques, surtout chez celles qui n'ont encore suivi aucun traitement, une gastrite à type hyperpeptique avec un degré plus ou moins marqué de dilatation, plus rarement une forme plus avancée de gastrite mixte avec atrophie glandulaire, soit un type hypopeptique reconnaissant pour causes l'ancienneté de la lésion gastrique, l'origine particulière de cette lésion, par exemple l'infection qui facilite la dégénérescence de la muqueuse, et le plus souvent l'irritation médicamenteuse, capable de provoquer de nouvelles lésions superposées à la gastropathie primitive.

Il est donc nécessaire de faire le diagnostic de l'état gastrique avant de commencer le traitement. Il convient en effet de préparer l'estomac par un traitement approprié, à l'absorption du fer.

Pratiquement, au point de vue gastrique, les cas peuvent être rangés en deux groupes :

1° Le premier groupe, le plus nombreux,

comprend les cas d'hyperpepsie de moyenne intensité (sans grands troubles dyspeptiques), avec degré léger ou moyen de dilatation, avec ou sans gêne mécanique par compression de la taille.

Après quelques jours de repos et de régime on prescrira le fer; mais le régime doit être sévère : au début lait, soupe au lait, viande crue, quinze jours à trois semaines plus tard, œufs mollets, poissons à chair blanche, légumes verts, compote de fruits. Le pain n'intervient qu'au bout de quatre à cinq semaines. Parfois, quand il existe des douleurs stomacales, on se trouvera bien du maillot humide, au moins pendant la nuit.

2° Le deuxième groupe comprend 20 0/0 des cas. Ici cet état gastropathique exige des soins plus spéciaux, M. Hayem distingue deux catégories : à la première appartient la gastrite parenchimateuse avec forte dilatation. Le régime doit être plus sévère et le nombre des repas plus réduit. Trois ou quatre prises d'aliments suffisent, composées de lait et de viande crue. Le massage de l'estomac et de l'intestin est utile. Exceptionnellement on fera quelques lavages de l'estomac, s'il existe des fermentations assez prononcées avec forte acidité. Ce traitement sera poursuivi pendant deux à trois semaines.

Chez les hypopeptiques par gastrite mixte atrophique sans complication, qui rentrent dans la seconde catégorie, on pourra faire suivre assez rapidement un régime moins sévère et administrer le fer d'une manière précoce; mais on aura soin de prescrire une certaine quantité d'acide chlorhydrique après le repas où le fer est administré.

M. Hayem fait prendre cet acide sous la forme d'une solution à 1 0/0 dont il donne une cuillerée à bouche dans un quart de verre d'eau sucrée, une demi-heure après les deux principaux repas.

3° *Fer*. Le fer est le spécifique de la chlorose. Il concourt à la rénovation globulaire, et après avoir arrêté le processus de déglobulisation, il permet aux hématies d'acquérir leur parfait développement.

M. Hayem emploie l'oxalate de protoxyde de fer; il est inutile de dépasser la dose de 15 à 20 centigrammes maximum, deux fois par jour.

On commence par 10 centigrammes avant les repas ou pendant le repas, au bout de huit à dix jours ou donne 15 centigrammes, parfois 20, dose qui ne doit jamais être dépassée. On continue pendant un mois au plus, quitte à revenir au fer.

On complète et on assure la guérison des chlorotiques en conseillant l'hydrothérapie, l'aérothérapie, la cure d'altitude dans certains cas.

G. Lyon.

Comment meurent les diabétiques et comment ils doivent vivre, par P. Legendre. (*Semaine médicale*, n° 54, p. 425, 1897.) — M. P. Legendre résume ainsi les règles du traitement hygiénique et alimentaire du diabète :

Se coucher de bonne heure, se lever à heure fixe et assez matinale; se frictionner chaque jour tout le corps, avant de s'habiller, avec un gant de crin, et avant de se coucher, avec un gant de flanelle imbibé d'un alcoolat aromatique; se livrer à des pratiques hydrothérapiques variables suivant la saison. On peut conseiller toujours les bains frais ou tièdes de dix à vingt minutes tous les deux ou trois jours, additionnés tantôt de carbonate de soude, tantôt de sel marin ou de sulfure de sodium. Les douches froides sont bonnes par séries de vingt jours, trois ou quatre fois par an pour les diabétiques moyens, assez vigoureux et capables de bonnes réactions. Aux époques convenables, on les enverra dans certaines stations thermales prendre des douches chaudes suivies de massage.

L'hydrothérapie répond d'abord à la nécessité de maintenir la peau dans une propreté parfaite, d'assurer le bon fonctionnement de ses glandes et l'activité de sa circulation, toutes circonstances propres à prévenir les dermatoses auxquelles le diabétique est exposé, et les auto-inoculations microbiennes. Mais, en outre, ces stimulations cutanées influencent favorablement les échanges nutritifs par l'intermédiaire du système nerveux impressionné dans ses expansions périphériques.

Le diabétique doit prendre une certaine somme d'exercice physique quotidien, au grand air, toutes les fois que le temps le permet. Cet exercice doit être suffisant pour activer les mouvements respiratoires et par suite augmenter les oxydations, mais jamais excessif, car l'organisme, dans ce cas, s'encombrerait de produits de désassimilation insuffisamment oxydés et lents à s'éliminer et se trouverait menacé d'auto-intoxication. D'ailleurs, le diabétique a un système nerveux qui s'épuise vite, l'asthénie est pour lui une menace constante. Enfin, après des exercices violents, les diabétiques sont exposés à contracter des refroidissements les exposant à des bronchites ou à la pneumonie.

On peut conseiller la promenade, les jeux en plein air, la chasse, l'équitation, la bicyclette à allure modérée, etc.

Le diabétique doit prendre des soins minutieux de la bouche ainsi que des organes génitaux.

La question du régime est capitale : après une période de régime d'épreuve où le malade est soumis au régime sarco-adipeux exclusif (viandes, poissons, œufs, graisses), on institue un régime mixte :

On permettra des potages au bouillon gras, avec des jaunes d'œufs et des légumes herbacés. Les viandes (400 à 500 grammes par jour) comprendront de la viande de boucherie, de la volaille ou du gibier, des cervelles, des ris de veau, de la charcuterie, des viandes fumées ou du jambon. On conseillera également les poissons d'eau douce ou de mer, les crustacés et les mollusques (sauf les huîtres riches en glycogène), les œufs, les graisses (100 à 200 grammes par jour), notamment les graisses d'animaux, l'huile et le beurre, par suite les conserves à l'huile, ainsi que les rillettes, le pâté de foie gras.

Comme légumes, on autorisera les herbacés cuits ou crus (chicorée, pissenlit, scorsonère, laitue, escarole, mâche, cresson), les artichauts, les crosnes, les haricots verts; plus rarement les choux, choux de Bruxelles, choux-fleurs, choucroute, salsifis. Les épinards et l'oseille, riches en acide oxalique, sont repoussés par Bouchardat, les asperges par tous les médecins. Les légumes auront été bouillis à grande eau et égouttés. Pour les accommoder on se servira de crème, de jus de viande, de jaunes d'œufs.

Le dessert comporte les fromages de toutes sortes, les crèmes sans sucre, les amandes, noix et noisettes, olives et pistaches.

Dans les petits diabètes, on autorise les fruits les moins sucrés (pêches, abricots, certaines prunes, fraises et framboises, pommes); on interdira toujours les raisins, cerises, figues, dattes, melon.

Le pain ordinaire, dont 100 grammes fournissent 60 grammes de sucre, est interdit en principe. Le pain de gluten, qui renferme au moins 20 0/0 d'amidon et dont 100 grammes fournissent 27 à 31 grammes de sucre (Mayet), est désagréable au goût, difficile à mastiquer et à digérer. Les pains d'amandes de Pavy et Seegen sont coûteux et indigestes; le pain de Soya hispida renferme 40 à 50 0/0 d'hydrate de carbone. Ebstein a recommandé l'aleurone, composée d'une albumine végétale mélangée à un peu de froment.

En France, on permet en général 100 à 150 grammes de pommes de terre cuites à l'eau, ou au besoin 150 grammes de pommes de terre et 25 grammes de mie de pain (A. Robin), ou encore 40 à 80 grammes de croûte par jour (Dreyfus-Brisac, Dujardin-Beaumetz, Lécorché). La mie contient notablement moins de fécule que la croûte, mais on mange moins de celle-ci.

En ce qui concerne les boissons, c'est seulement l'eau ou les boissons aqueuses (tisanes non sucrées de quassia, quinquina, petite centaurée), que le diabétique peut consommer à discrétion. Il faut être réservé dans l'usage du vin (une bouteille par jour au plus) à cause de l'aptitude du foie à devenir cirrhotique; il convient d'interdire l'alcool, la bière, le cidre et les vins mousseux sucrés.

Le rôle du lait a été diversement apprécié. Réservé par les uns (Bouchardat), il a été recommandé par d'autres (Dongkin) comme aliment exclusif. La vérité est entre les deux extrêmes; il est des cas où le lait est nettement indiqué : diabète compliqué de néphrite, myocardite, cirrhose, etc.

G. Lyon.

Traitement de l'obésité, par Albert Robin. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 octobre 1897.) — *Hygiène alimentaire.* — Cinq repas par jour :

A huit heures du matin, un œuf à la coque, 20 grammes de viande maigre ou de poisson, le tout mangé froid et sec. La viande froide peut être consommée en plus grande quantité que la viande chaude sans amener d'augmentation de poids. Seulement 10 grammes de pain, une tasse de thé léger et très chaud, sans sucre.

A dix heures du matin, deux œufs à la coque, 5 grammes de pain, 150 centimètres cubes d'eau et de vin, ou de thé sans sucre, ou de camomille.

A midi, viande froide à volonté, mais pas de pain, remplacer celui-ci par de la salade ou du cresson légèrement salé, et le tout additionné de jus de citron. 30 grammes de pain au plus, si le malade en exige.

Comme légumes, uniquement des salades cuites accommodées au beurre, environ 100 à 150 grammes. Jamais de farineux, jamais d'entremets sucrés. Comme dessert, 100 à 150 grammes de fruits crus, pas plus.

Comme boisson, un à deux verres d'eau rougie.

Après le repas, avec un intervalle d'un quart d'heure, une tasse de thé sans sucre, toujours très léger.

A quatre heures du soir, thé léger chaud et sans sucre, sans autre aliment.

Enfin, à sept heures du soir, même repas que le matin à huit heures, en ajoutant un peu de poisson chaud ou de viande chaude en sup-

plément, mais la ration de ce plat ne doit pas dépasser 100 grammes.

Ce régime laisse au malade deux bons repas par jour où il mange à volonté. Sa caractéristique est l'autorisation exclusive des substances azotées et des légumes verts avec suppression absolue des féculents et des graisses ou sucres.

Hygiène générale. — Une marche d'une demi-heure à trois quarts d'heure après chaque repas, soit cinq fois par jour.

Hydrothérapie suivie de frictions; bains de vapeur. Massage général.

Jamais de sommeil dans la journée. Pas plus de sept heures de sommeil pour l'adulte et de huit heures pour l'enfant.

Médications. — Les indications de la thyroïdine encore incertaines ne s'appliquent qu'à certains cas. De plus, cette médication est loin d'être inoffensive; on ne peut la prescrire qu'aux malades dont le cœur est dans une intégrité parfaite.

L'iodure de potassium détermine l'amaigrissement, mais avec tous ses inconvénients; il fait fondre les glandes et chez les femmes l'effet est désastreux.

La médication hydro-minérale n'est efficace que pendant la cure et celle-ci doit être un simple adjuvant.

Les eaux de Santenay et de Brides en France, de Marienbad en Autriche jouissent d'une réputation méritée. Les chlorurées sodiques donnent d'excellents effets chez les obèses par défaut de nutrition, parce qu'elles excitent cette fonction.

G. Lyon.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement orthopédique de l'hallus valgus (orteil en équerre), par Mermet. (*Journal des Praticiens*, 1897, n° 9.) — Nous reproduisons l'ensemble des moyens qui peuvent être utiles à tous les praticiens pour traiter la *déviation du gros orteil en dehors*, avant d'en venir à l'opération sanglante. Cette déviation, en dehors des déviations arthritiques de la tête des phalanges, est due, comme on sait, à l'emploi de chaussures trop courtes ou à talon trop haut et trop antérieur, qui obligent l'avant-pied à se tasser en avant et le premier orteil à fuir en dehors, sous les orteils voisins. Nous aurons donc à recourir, suivant le degré de la déviation, à l'une des trois méthodes suivantes :

1° *Adopter une chaussure appropriée.* — Selon Manouvier, la chaussure « rationnelle » et préventive d'ailleurs de ce genre d'infirmité, doit être construite ainsi : l'axe longitudinal doit être de 1 centimètre à 1 centimètre et demi plus long que celui du pied, car celui-ci s'allonge dans la marche; le diamètre transversal doit également prévoir un élargissement qui se produit au niveau de la tête des métatarsiens pendant l'action. La forme de la pointe ne doit être ni carrée, ni pointue, mais *droite*, quant au bord interne et légèrement convexe en dehors pour le côté externe, de façon à ne loger que le premier et le second orteil à l'extrême-pointe. Le *talon* sera *bas*, large et placé rigoureusement sous la partie postérieure du calcanéum. Les talons dits « Louis XV » doivent être par conséquent interdits.

2° *Employer les moyens orthopédiques.* — Les appareils que l'on peut imaginer sont à point d'appui *externe* ou *interne*. *a*) Appui externe : M. Blum recommande, surtout chez l'enfant, d'interposer un simple tampon d'ouate entre les deux premiers orteils. On peut y adjoindre une rondelle d'amadou ou de feutre sur la tête du métatarsien interne. Ce traitement convient aux cas légers. Broca faisait fixer à la partie antérieure de la chaussure un redresseur métallique en V, dont la pointe s'interposait entre les deux orteils. *b*) Appui interne : Ces appareils ont pour but de redresser l'orteil en l'entraînant vers le bord interne du pied, dans un sens opposé à la déviation.

Voici les moins compliqués, les plus pratiques : enrouler autour de l'orteil, de la base vers son extrémité, une bandelette de diachylon; ramener ensuite le chef de la bande sur le bord interne du pied et lui faisant contourner le talon, aller le fixer en dehors à la tête du cinquième métatarsien. Pour consolider cette disposition, il faut en outre assujettir le tout avec une autre bandelette de diachylon ou une bande de toile au niveau de l'avant-pied. S'il y a un oignon douloureux, on le protège avec un petit coussinet en capsule (Payre). Le même appareil peut se faire avec une bande élastique, s'il est bien toléré. Deux appareils, le soulier de *Noth Smith* et celui de *Beely*, exercent une action analogue au moyen d'un fil de soie fixé au bord interne de la chaussure et qui est attaché solidement à une bandelette de diachylon ou de toile formant bague autour de l'orteil.

L'appareil de Bigg, plus compliqué, mais pourtant assez commode, se compose d'une lame d'acier qui borde le bord interne de la chaussure et sert de tuteur au gros orteil, qu'il suffit de saisir dans l'anse d'une courroie lacée, tout

en lui permettant des mouvements de flexion et d'extension, grâce à une charnière placée à la partie antérieure. L'appareil se met indépendamment de toute chaussure.

3° *Faire le redressement forcé.* — Le *massage* peut rendre quelques services chez les enfants, joint au traitement orthopédique. Redard conseille la *réduction forcée*, suivie de la pose immédiate d'un appareil plâtré. On ne peut évidemment compter sur un bon résultat définitif, que si l'affection est à sa première période.

Aug. Benoit.

Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par G. Maurange. (*Gazette hebdomadaire*, n° 77, p. 913, 1897.) — Il est hors de doute que la péritonite tuberculeuse avec ou sans ascite, est curable spontanément ou sous l'influence d'un traitement médicamenteux diététique et hygiénique. C'est surtout chez l'enfant que l'on observe la tendance naturelle à la guérison.

L'ascite, après avoir subi quelques fluctuations, finit par disparaître définitivement; les masses tuberculeuses plus ou moins enkystées, simulant parfois de véritables néoplasmes, se résorbent.

D'autres fois il se forme une fistule ombilicale qui peut s'oblitérer dans un certain nombre de cas.

Quelles sont les raisons qui déterminent à pratiquer la laparotomie ou bien la contre-indication?

Quand la péritonite évolue à l'état de manifestation isolée, on peut n'intervenir qu'après démonstration de l'insuffisance du traitement médical; toutefois, dans ces cas, l'intervention précoce donne de beaux succès; aussi a-t-elle des partisans convaincus.

L'amaigrissement n'est pas une contre-indication à l'opération. Quant à la fièvre, Pic la regardait comme une contre-indication formelle. Cette doctrine est excessive; car s'il est favorable d'opérer dans l'apyrexie, fréquemment la laparotomie fait baisser la fièvre.

Plus important est le fait de la dissémination des lésions tuberculeuses. En dehors de la granulie, qui est une contre-indication absolue à l'intervention, on ne peut poser une règle générale. Les uns (Spœth) estiment que la tuberculose pulmonaire est une contre-indication absolue. D'autres, Kümmel, Parker, Sims, Schwartz la regardent comme une indication de plus, l'amélioration des lésions thoraciques étant pour eux habituelle après la laparotomie.

La tuberculose par continuité, de péritoine à plèvre, loin d'être un obstacle à l'intervention, est une indication pressante (Routier).

Ce n'est pas tant la gravité que l'étendue des lésions qu'il faut considérer : on peut voir guérir des malades avec une caverne moyenne dans un de leurs sommets; il est rare que des lésions latérales ne dépassant pas le premier ou le second degré soient améliorées par l'intervention.

En d'autres termes, le traitement chirurgical de la péritonite, envisagé dans ses rapports avec la tuberculose thoracique, ne trouve ses indications que chez les pulmonaires récents ou chroniques à lésions circonscrites à un côté, mieux à une base. Une évolution subaiguë ou bilatérale doit faire repousser toute intervention.

La tuberculose du rein est toujours une contre-indication formelle. L'entérite tuberculeuse, au contraire, n'empêchera jamais le chirurgien d'intervenir, sauf à son degré extrême.

La tuberculose concomitante des annexes est une indication très nette de l'intervention (Delbet).

Il y a intérêt à enlever, dès qu'on les soupçonne atteints, les ovaires et les trompes qui sont la cause de l'infection péritonéale (Bouilly-Picqué).

Les vomissements fréquents, même en l'absence d'autres indications, légitiment la laparotomie; il en est de même de la diarrhée rebelle. Quant à la constipation, elle doit être surveillée avec soin, car elle est fréquemment le prodrome de l'obstruction intestinale, complication qui est loin d'être rare dans la péritonite tuberculeuse.

Au point de vue pratique on peut réduire les formes de la péritonite à deux types : la péritonite sèche et la péritonite avec épanchement.

L'ascite n'est une indication opératoire que si l'état général est médiocre, ou mieux si le sujet paraît inférieur à la tâche de réparation à accomplir. Au point de vue des résultats, c'est dans cette forme que les succès sont les plus nombreux. La forme enkystée est plus avantageuse que la forme généralisée, les formes chroniques que les formes subaiguës.

Lorsque l'épanchement est purulent, il faut l'évacuer au plus tôt, car la forme ulcéreuse a une tendance constante à l'aggravation et se termine le plus souvent par la septicémie chronique et la mort.

Comment doit-on opérer? Trois méthodes sont en présence : la ponction suivie ou non d'injections modificatrices, la laparotomie et, chez la femme, la cœliotômie vaginale.

La ponction simple est condamnée par tous les chirurgiens. La ponction suivie de lavage a été surtout recommandée par Debove et après lui par ses élèves Bruhl et Mathis.

Après évacuation du liquide, on fait un lavage avec une solution boriquée concentrée (Cecherelli, Debove, Monnier) ou simplement et mieux avec de l'eau stérilisée chaude à 48°.

On a proposé encore après la ponction, à titre d'injection modificatrice, le naphtol camphré. M. Rendu injecte le contenu de cinq seringues de Pravaz de cette substance. Cette méthode a donné des succès, mais aussi un cas de mort chez un enfant entre les mains de Netter.

Partant de cette idée théorique que la guérison de la péritonite tuberculeuse après la laparotomie était due à l'action de l'air sur la séreuse malade, von Mosetig-Moorhof a proposé d'insuffler de l'air stérilisé dans la cavité péritonéale. Il a obtenu un succès dans un cas où il y avait eu récidive après laparotomie. Après lui, Follet (de Lille) répéta cette opération avec succès dans quatre cas.

La ponction suivie de lavage, d'injection modificatrice, d'insufflation d'air stérilisé ne peut convenir qu'aux formes ascitiques, avec un liquide libre dans la cavité et simplement séreux; elle ne peut donc être érigée en méthode générale de traitement.

Comment pratiquer la laparotomie? L'incision sera médiane et sous-ombilicale, même si le foyer paraît circonscrit et latéral. On évacue le liquide, on respecte les adhérences, mais on évacue les loges contenant du pus, en procédant avec la plus grande prudence. Les annexes malades seront enlevées, si l'ablation paraît aisée.

La toilette du péritoine se fait au moyen d'éponges, de tampons d'ouate; on doit se borner à des attouchements légers pour détacher les fausses membranes, les lambeaux flottants, etc. S'il y a du pus, le lavage est nécessaire dans un but purement mécanique. On n'emploie plus les solutions antiseptiques, mais on se sert généralement de la solution salée physiologique à la température de 38° à 40°.

L'emploi des drains est à rejeter, sauf quand il y a du pus collecté, auquel cas il faut drainer au moins quarante-huit heures.

La suture de la paroi abdominale se fait à triple étage, soit au catgut, soit à la soie.

La mortalité opératoire est aujourd'hui réduite au minimum. La statistique la plus récente, celle de Margaruni, portant sur 253 cas, n'indique qu'une mortalité de 2,76 0/0.

La cœliotomie vaginale, proposée par Lœhlein (de Giessen), consiste à faire l'incision dans le cul-de-sac de Douglas. Le liquide est ainsi aisément évacué; de plus, l'opération présente l'avantage de permettre l'extirpation des annexes reconnues bacillaires.

On a émis beaucoup d'opinions sur le mécanisme par lequel s'effectue la guérison après laparotomie. D'après les uns il y a une action phagocytaire, d'après les autres une action bactéricide.

G. Lyon.

Du sérum streptococcique dans les néoformations malignes. (*Journal de médecine militaire*, septembre 1897.) — Zematzky a recueilli vingt observations concernant des cas d'administration du sérum streptococcique dans le sarcome et le cancer. Disons tout de suite que les résultats obtenus ont été absolument *négatifs* dans tous les cas. On n'a pas observé la moindre amélioration visible du côté des régions malades. Au contraire, sous l'influence des injections les néoformations commencèrent à se disséminer plus rapidement.

Les injections ne seraient utiles que parce qu'elles déterminent un abattement général et émoussent ainsi la sensibilité des malades. D'un autre côté, surtout lorsqu'elles sont pratiquées pendant un laps de temps prolongé, elles provoquent des attaques nerveuses atroces, sous forme d'hyperémie cérébrale compliquée de dyspnée, de cyanose et même de convulsions cloniques.

Pour ses injections Zematzky se servait de sérums de chèvre et de cheval, préparés à l'Institut expérimental de Saint-Pétersbourg. Dans un certain nombre de cas, notamment dans les sarcomes, on a eu recours au sérum arsenical de cheval.

B. Taft.

Traitement des plaies infectées par la térébenthine glycérinée. (*Wratsch*, n° 38, 1897.) — Kosoboudski préconise l'emploi de la térébenthine glycérinée dans le traitement des plaies soit simplement infectées soit, et surtout, dans les plaies compliquées de gangrène.

La térébenthine glycérinée, un liquide trouble, visqueux, au goût sucré, à l'odeur agréable est obtenue de la façon suivante. Dans une grande bouteille pouvant contenir 3 à 6 litres de liquide on verse 7 parties de glycérine, 7 parties de térébentine et une partie d'eau distillée. Le mélange fréquemment agité est laissé à la température ordinaire pendant deux semaines environ; de temps en temps on y fait pénétrer, à l'aide d'un soufflet et à travers d'une tubulure pratiquée dans le bouchon, de l'air pur. Au bout d'un certain temps, on voit la couche inférieure du mélange perdre sa transparence et se troubler. La térébenthine glycérinée est obtenue.

Pour les pansements, Kosoboudski se sert de

gaze stérilisée trempée dans la térébenthine glycérinée qu'il applique sur les plaies et qu'il recouvre d'une couche d'ouate végétale. Il cite 5 cas dont deux d'angine de Ludwig et trois de plaies contuses de la main et du rectum. Dans tous les cas la térébenthine glycérinée a donné d'excellents résultats.

Il se forme dans ces cas du peroxyde d'oxygène qui dégage facilement de l'oxygène: celui-ci oxyde à l'état naissant très vivement les albuminoïdes en décomposition — que cette décomposition se produise dans des tissus gangrénés ou bien sous l'influence de bactéries — et les rend ainsi inoffensifs. En outre, la glycérine est non seulement un antiseptique, mais encore un déshydratant puissant, d'où il résulte que les albuminoïdes soumis à son action subissent des modifications de structure. Ce n'est pas tout encore. Les produits d'oxydation de la térébenthine, comme tous les acides gras du reste, possèdent des propriétés antiseptiques et hémostatiques.

L'auteur termine son fort intéressant mémoire en formulant les conclusions suivantes :

1° La térébenthine glycérinée est utile dans le traitement des plaies infectées, des abcès et des fractures compliquées.

2° Les plaies se détergent rapidement et prennent une coloration rosée; les parties gangrenées tombent rapidement et des granulations de bonne nature se forment sur la surface détergée.

3° La térébenthine glycérinée est un produit d'innocuité absolue qui n'exerce aucune action toxique et qui n'irrite nullement la peau ou la plaie.

B. Taft.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de médecine.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'ichtyol. (*Gazette de Botkine*, n° 53, 1897.) — Kostersky a recours dans le traitement de la tuberculose pulmonaire à l'administration de l'ichtyol à l'intérieur. Il l'administre dans de l'eau à la dose initiale de 5 à 7 gouttes trois fois par jour; cette dose initiale est portée progressivement à 150 gouttes par jour.

Le nombre des malades soumis à ce traitement est de plus de 100, dont la majorité se trouvait à la période déjà fort avancée de la tuberculose, présentant des infiltrations et des cavernes.

En ce qui concerne le résultat obtenu au point de vue pulmonaire, il est absolument nul; en outre l'ichtyol a exercé une action défavorable sur les voies intestinales. C'est pour cela que Kostersky croit que dans les formes tardives l'ichtyol est plutôt nuisible qu'utile.

B. Taft.

Traitement de la pneumonie franche par la pilocarpine. (*Gene'elnick*, n° 22, 1897.) — Blou Kete a appliqué le traitement par la pilocarpine dans quatorze cas de pneumonie franche aiguë et est arrivé à formuler les conclusions suivantes :

1° La pilocarpine est un bon moyen thérapeutique dans la pneumonie, où cependant elle ne peut pas être considérée comme un spécifique: la pilocarpine diminue la durée de la maladie et s'oppose à la propagation ultérieure du processus inflammatoire. Elle diminue l'intensité de tous les symptômes en agissant directement sur le système vasculaire.

2° La pilocarpine exerce une action favorable sur le caractère et la fréquence des complications de la pneumonie, sans presque déterminer d'accidents.

3° Elle diminue le nombre des cas où l'issue de la maladie est défavorable.

4° L'action de la pilocarpine dans la pneumonie est d'autant plus prononcé que le traitement est commencé de meilleure heure.

5° La dose quotidienne de pilocarpine est de 6 centigrammes.

B. Taft.

De la limanothérapie dans les affections cardiaques. (*Thérapeutique russe*, n° 9, 1897.) — A l'heure actuelle où la balnéothérapie des affections cardiaques chroniques attire de plus en plus l'attention des médecins, les observations de Philippovitich sur l'action de limanothérapie présentent un intérêt tout particulier.

Philippovitich avait eu à observer des affections cardiaques d'origine probablement rhumatismales chez des sujets dont l'âge variait de 9 à 57 ans; l'intervalle qui s'était écoulé entre la dernière attaque de rhumatisme et le commencement du traitement a varié de cinq mois à douze ans.

Le traitement consistait en l'administration des boues médicamenteuses à la température de 33° à 39°, de durée de cinq à vingt minutes, et aussi de bains pris dans le liman une ou deux fois par jour de durée de trois à cinq minutes.

La concentration des boues variait dans différents cas de 7° à 13°, d'après Baumé. Cette circonstance a d'après l'auteur une grande impor-

tance, non seulement au point de vue purement scientifique, mais aussi au point de vue pratique, car le traitement avec des boues de concentration normale est plus facile, n'exigeant pas la dilution préalable. Enfin, la durée du traitement variait d'une à quatre saisons consécutives.

En ce qui concerne les résultats thérapeutiques, l'auteur déclare qu'il a pu constater une amélioration dans 5 cas et même la guérison complète dans 3 cas (les malades étaient atteints d'insuffisance valvulaire avec dilatation et affaiblissement du cœur). La guérison complète a été obtenue précisément dans les cas où l'on avait recours au traitement par les bains. Ajoutons en outre, que tous les malades supportaient fort bien les procédés de limanothérapie qu'on leur appliquait et qu'on n'a jamais eu à observer le moindre accident ni pendant ni après la cure. C'est ce qui permet, semble-t-il, d'admettre pleinement la conclusion de Philippovitch qui pense que la limanothérapie est parfaitement indiquée dans les affections cardiaques d'origine rhumatismale. Quant à la différence dans les résultats obtenus (cinq améliorations et quatre guérisons), l'auteur l'explique de la façon suivante. La guérison complète a été obtenue dans les cas où les troubles cardiaques résultaient des exsudats où le tissu cicatriciel n'a pas encore eu le temps de s'organiser, où par conséquent un processus régressif était possible, et c'est la limanothérapie qui aurait provoqué ce processus régressif; tandis que l'amélioration simple non suivie de guérison complète était obtenue dans les cas où le tissu cicatriciel était déjà parfaitement organisé.

En terminant son fort intéressant mémoire, il rappelle très à propos que dans la limanothérapie, comme du reste dans toute application d'une méthode thérapeutique, on ne saurait être trop prudent. Il faudra donc commencer par des bains à température indifférente et de courte durée et ne pas tenir compte des réclamations des malades qui, bien entendu, estiment que le traitement ne va pas assez vite et qu'on perd inutilement un temps précieux.

B. Taft.

Les névroses cardiaques, par Sylva (de Pavie). (*VIIIe Congrès de la Société italienne de médecine interne*, Naples, octobre 1897.) — L'auteur conseille de suivre pour les névroses cardiaques, les mêmes règles que pour les autres névroses; il place en première ligne l'hydrothérapie, puis l'électrothérapie, le massage et la climatothérapie.

Sémelaigne.

Maladies du Système nerveux.

Dr R. Sémelaigne
Ancien interne des hôpitaux.

Résultats cliniques donnés par la ponction lombaire. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 47, 1897). — Stadelmann dispose d'une centaine d'observations de ponction lombaire, faites dans un but thérapeutique ou dans un but diagnostique. Nous résumons ces données :

1° *Méningite tuberculeuse.* — Seize cas : pression fort variable, souvent non augmentée dans le canal lombaire, bien que la compression cérébrale soit évidente. Dans ces cas, l'espace sous-arachnoïdien est envahi, dans le canal médullaire, par une masse pâteuse qui contracte des adhérences avec les parois du canal : la ponction ne donne alors aucun liquide. Il faut alors essayer de ponctionner l'espace sous-dure-mérien : cette intervention fournit parfois une quantité appréciable de liquide. Dans d'autres cas, des coagulas sanguins ou fibrineux encombrent les voies de passage entre les espaces intra-craniens et intra-rachidiens, et la pression exagérée reste limitée au cerveau.

Le liquide obtenu est en général tout à fait clair ; rapidement, on voit se former des flocons de fibrine. Dans quelques cas le liquide est trouble, sanguinolent ou purulent ; il est alors difficile de faire un diagnostic différentiel avec la méningite purulente, car le bacille de Koch n'est pas retrouvé toujours (dans 22 0/0 seulement des cas). D'autres auteurs ont beaucoup mieux réussi (presque 100 0/0 Lichtheim). A quoi tiennent de pareils écarts ? 1° A ce que les bacilles ne se retrouvent dans le liquide que si des tubercules ont subi une dégénérescence complète (fonte). 2° A ce que les tubercules siègent dans le cerveau seul, et que leurs produits de désagrégation ne peuvent passer dans le canal rachidien grâce aux difficultés de communication dues à la présence d'adhérences et de coagula. 3° A ce que la ponction s'adresse à l'espace située sous la dure-mère. 4° A ce que dans certains cas de méningite tuberbuleuse cliniquement indubitable, on ne trouve pas de tubercules, mais seulement des modifications des parois vasculaires dues à la tuberculose. 5° A ce que parfois l'inflammation reste cantonnée à la pie-mère.

Il arrive enfin dans quelques cas rares, qu'on ait affaire à une méningite séreuse. Il peut même exceptionnellement arriver qu'un tuberculeux avéré présente une poussée de ménin-

gite *non tuberculeuse*, qu'une seule ponction suffit à supprimer.

2° *Méningite purulente.* — Sept cas. Le liquide contient le méningococcus intercellularis, des pneumo, des staphylo et des streptocoques, d'autres fois le sérum trouble ne contient aucun microbe, ce qui rend le diagnostic différentiel impossible par la ponction seule. On rencontra encore ici des cas où la ponction ne donna qu'un liquide séreux et transparent, alors que la méningite purulente siégeait manifestement comme l'autopsie le démontra, dans la cavité cranienne.

3° *Abcès du cerveau.* — Liquide clair, avec quantité normale d'albumine. On peut parfois cependant rencontrer un liquide trouble : il est même arrivé une fois qu'une première ponction donna un liquide trouble, une seconde un liquide clair. On conclura à l'existence d'une méningite, excluant toute opération chirurgicale intra-cranienne, dans le cas où la ponction donne un liquide trouble : si le liquide est clair, cela ne prouvera pas forcément qu'une méningite n'existe pas.

La thrombose des sinus peut donner à la ponction des résultats identiques à ceux de de l'abcès du cerveau.

4° *Tumeur cérébrale.* — Les effets de la ponction sont ici désastreux, contrairement à toutes les prévisions ; souvent la pression est au-dessous de la normale : l'augmentation de pression intra-cranienne ne se communique pas au canal rachidien.

5° *Hémorragie cérébrale.* — Si la ponction ramène un liquide sanguinolent, on ne doit pas conclure de suite au passage du sang dans le canal rachidien, car on peut avoir lésé un vaisseau en faisant la ponction ; il faut pratiquer alors plusieurs ponctions dans un but de contrôle. En cas de liquide lombaire sanguinolent le pronostic est très grave.

6° *Diagnostic différentiel entre l'apoplexie, l'embolie et le ramollissement.* — Résultat nul. Au point de vue thérapeutique, il est dangereux de diminuer la pression du liquide, car on favorise ainsi la production d'hémorragies nouvelles.

7° *Autres cas.* — L'hydrocéphalie, l'intoxication saturnine, l'urémie ne retirent aucun bénéfice de la ponction lombaire. La pression du liquide sous-arachnoïdien envahi par des toxines, dans certains cas de scarlatine, de pneumonie, de fièvre typhoïde peut se trouver considérablement augmentée : la ponction parvient à diminuer la pression, mais les accidents cérébraux ne sont en rien modifiés.

En résumé, les résultats thérapeutiques furent nuls en toutes circonstances : les cas favorables paraissent donc être rares. Au point de vue diagnostique, on ne peut utiliser que les résultats positifs, pour les raisons sus-indiquées. E. Vogt.

Tic douloureux de la face : traitement chirurgical, par Depage. (*Académie de médecine de Belgique*, 30 octobre 1897.) — Une femme de 54 ans souffrant de douleurs intolérables sous forme de crises de névralgie faciale, qu'aucun médicament ne pouvait soulager, M. Depage fit la résection du ganglion de Gasser par la voie temporale, ou méthode de Krause. Opération aisée suivie de succès complet. Mais il y a anesthésie complète sur tout le territoire du trijumeau et des troubles trophiques de l'œil qui mettent la vue en péril.

Aug. Benoit.

Traitement de l'épilepsie par des moyens cardiaques. (*Revue russe de Psychiatrie*, n° 7, 1897.) — Dans les cas d'épilepsie rebelles aux bromures, Bechtereff obtient assez souvent une guérison stable à l'aide des médicaments cardiaques, suivant le procédé qu'il a proposé il y a deux ans : 6 grammes de bromure de potassium dans une potion de 200 à 300 grammes d'eau contenant 2 à 3 grammes d'adonis. Là où l'adonis n'agit pas, l'auteur le remplace par la digitale et l'administre sous la formule suivante :

Digitale.....	48 à 72 centigr.
Bromure de potassium — de sodium...	àà 6 à 8 grammes.
Eau.....	180 —

De quatre à huit cuillerées par jour.

Si l'on se trouve en présence d'une forte excitation compliquée de tachycardie et de mélancolie, l'auteur ajoute à la formule sus-indiquée 12 à 18 centigrammes de codéine. Il considère la codéine comme particulièrement utile dans les cas où l'on prescrit l'adonis, car celui-ci provoque parfois la diarrhée.

Bechtereff administre sa potion tous les jours et pendant longtemps, jusqu'à trois ans de suite : il n'a jamais constaté le moindre accident. Disons enfin que Bechtereff ne peut pas encore expliquer avec exactitude l'action de sa potion sur l'épilepsie ; il pense toutefois que l'action régularisatrice qu'exercent les cardiaques sur le cœur et les vaisseaux ne laisse pas de jouer un rôle assez important. B. Taft.

Traitement des aliénés au lit. (*Wratsch*, n° 33, 1897.) — Ossipoff a soumis au repos au lit 13 femmes ; ces cas se décomposent ainsi : démence secondaire, 3 ; paranoïa chronique, 1 ;

psychose délirante, 2; amnésie, 3; excitation maniaque, 1; mélancolie, 1; psychose circulaire, 1; psychose périodique, 1.

Pour forcer les malades de rester au lit, on n'eut recours qu'à la persuasion : là où elle échouait, on laissait les malades sans vêtements. Le traitement au lit n'excluait ni les promenades ni les autres distractions possibles. En se basant sur ses observations, Ossipoff arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° La majorité des malades se soumettent facilement au traitement.

2° Les soins et la surveillance deviennent par le fait plus faciles.

3° Le repos au lit exerce une action favorable dans tel cas, défavorable dans tel autre.

4° La diminution de poids observée pendant le traitement ne peut pas toujours être expliquée par la forme de la maladie.

5° Le sommeil, l'appétit, ainsi que les fonctions intestinales, sont, pendant le repos au lit, moins bons que lorsque les malades suivent un régime ordinaire.

6° On est forcé de recourir aux narcotiques aussi souvent que pour les malades non soumis au traitement.

7° Un certain nombre de malades s'habituent tellement au lit, que le traitement terminé ils demandent à ce qu'on les y laisse.

8° Il est nécessaire, pour l'application du traitement, de tenir compte des particularités individuelles des malades.

9° Les observations ultérieures sont nécessaires pour l'élaboration d'indications précises.

B. Taft.

De la chirurgie abdominale comme traitement de l'hystérie et des aliénations mentales; son opportunité, par Angelucci et Pierracini. (*Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale delle alienazioni mentali*, 1897.) — L'ablation de l'utérus et de ses annexes doit être proscrite en tant que traitement curatif de l'hystérie ou de la folie. L'hystérie peut même être considérée comme une contre-indication à la chirurgie abdominale; la seule indication est le degré de maladie des organes sexuels à extirper, en dehors de toute espérance thérapeutique; on peut néanmoins, dans ce cas, utiliser l'opération comme mode de suggestion. Enfin les auteurs pensent que, chez certaines hystériques rebelles à tout autre moyen de traitement, une opération, habilement simulée, pourrait frapper l'imagination et produire des résultats favorables.

R. Sémelaigne.

Maladies des voies urinaires.

Dr E. CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux.

Ligature et résection des canaux déférents chez les prostatiques. (*Association française d'Urologie.*) — C'est à Pavone, White, Isnardi, Guyon, Legueu, Englisch, que l'on doit les travaux parus sur cette question. Un testicule privé de son canal sécréteur ne s'atrophie pas, tant qu'on respecte les autres éléments du cordon; mais la résection bilatérale des canaux déférents amène l'atrophie du tissu glandulaire de la prostate. Comme cette petite opération devait être mieux acceptée par les malades que la castration, on y eut recours contre l'hypertrophie prostatique.

Ici encore les résultats ont été des plus variables. Des malades ont été améliorés en ce sens que les mictions ont été moins fréquentes et plus faciles; on cite même des cas de simili-guérison. Mais les modifications survenues dans le volume de la prostate ont été bien souvent insignifiantes. Et que d'insuccès nombreux avec une opération toujours identique. Il semble cependant que les poussées congestives sont parfois conjurées par la résection des canaux déférents, et l'on cite des malades qui, opérés en pleine dysurie, ont pu, au moment même de la section des déférents, évacuer spontanément une certaine quantité d'urine. Pour expliquer une action aussi rapide, il faudrait faire intervenir le système nerveux, et admettre les expériences de Prjéwalski, qui affirme avoir obtenu l'atrophie de la prostate chez des chiens auxquels il avait simplement réséqué les nerfs du cordon spermatique, sans toucher au canal déférent. Dès lors les résultats parfois obtenus chez des prostatiques par la section de déférents ne s'expliquent que parce qu'il y a eu section simultanée des nerfs du plexus spermatique, et si la castration agit mieux et plus rapidement que la vasectomie, c'est parce que les filets nerveux du cordon sont tous intéressés lors de la section totale du cordon.

Quoi qu'il en soit, la résection des canaux déférents est une opération plus infidèle encore dans ses résultats que la castration double; quand elle agit, ce serait en diminuant l'état congestif des prostatiques. Il est permis de croire que le cathérérisme bien conduit aurait souvent amené l'amélioration survenue chez certains malades après la vasectomie. Aussi, malgré sa bénignité et sa facilité d'exécution,

nous ne croyons pas que la résection des canaux déférents soit appelée à un avenir plus brillant que celui de la castration double.

R. Blondel.

Traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate, par Ercole Sacchi. (*Il Policlinico*, n° 19, p. 425, 1897.) — 19 malades atteints d'hypertrophie prostatique ont subi l'opération de la résection des canaux déférents. Sur ces 19 malades 13 ont présenté une amélioration plus ou moins notable, 3 n'ont retiré aucun avantage de l'intervention.

Sacchi conclut de ses recherches qu'après la section des canaux déférents il y a presque toujours diminution ou cessation complète des symptômes propres du prostatisme; la diminution ou la cessation de ces troubles s'observe parfois immédiatement, d'autres fois au bout d'un temps variable.

En tout cas on constate toujours une plus grande facilité et tolérance du prostatisme.

L'atrophie testiculaire ou prostatique ne suivent pas toujours la résection des canaux déférents. L'atrophie prostatique paraît être la conséquence de l'atrophie testiculaire; si l'une manque, l'autre fait également défaut.

On peut observer des améliorations, même quand il y a concomitance de graves troubles rénaux ou vésicaux.

Les résultats favorables de la résection des canaux déférents peuvent être passagers (dus probablement à une influence nerveuse) ou durables (dus à des modifications anatomiques de la prostate et de la vessie).

G. Lyon.

Traitement de la blennorrhagie par des lavages à l'ichtyol d'après le procédé de Janet. (*Ejenedelnick*, n° 23, 1897.) — Dans quarante-trois cas, Goldenberg a employé des lavages de l'urètre avec une solution de 1 à 2 0/0 d'ichtyol sulfo-ammoniacal. Pour chaque lavage, l'auteur prenait 1 litre et demi de solution à la température de 40° (les lavages étaient pratiqués deux fois par jour), le malade étant à demi-couché sur une table d'opération, le bassin légèrement soulevé.

Les érections, ainsi que les douleurs pendant la miction, disparaissaient le quatrième ou le cinquième jour; au bout de quatorze à quinze jours, toute sécrétion urétrale avait disparu.

Chez 32 malades sur 43 on a pu prolonger le traitement pendant un temps suffisant; sur ces 32, 23 ont parfaitement guéri.

Les formes aiguës cèdent plus rapidement au traitement que les formes subaiguës, et surtout les formes chroniques. Dans ces derniers cas, il aurait mieux valu recourir à des solutions plus concentrées (de 5 à 6 0/0). Mais ces solutions provoquent des douleurs plus intenses et un besoin fréquent d'uriner.

Dans les formes aiguës, ces injections ont cependant un inconvénient capital, à savoir qu'on observe à la suite des complications telles que l'urétrite postérieure et l'épididymite (ces complications s'observent, d'après l'auteur, dans 24 0/0 de cas). La durée du traitement, pour les formes aiguës, varia de neuf à quarante et un jours.

En comparant les résultats donnés par les lavages à l'ichtyol avec ceux qu'on obtient avec le traitement par le permanganate de potasse, Goldenberg se prononce en faveur de ce dernier procédé, car celui-ci est également bon pour les formes aiguës comme pour les formes chroniques. En outre, il donne un plus grand nombre de guérisons, et détermine plus rarement des complications.

Enfin, dernier avantage qui n'est pas sans importance, la durée du traitement est moindre, de vingt-sept jours au maximum.

B. Taft.

Du procédé Janet dans le traitement de la blennorrhagie. (*Medicin. Obosr.*, n° 10, 1897.) — Liantz a appliqué le procédé Janet chez 27 malades dont l'âge variait entre 16 et 37 ans. Chez la grande majorité (chez 20) il s'agissait d'une première attaque; 6 malades étaient syphilitiques. Enfin, en ce qui concerne les complications, il y avait cystite, prostatite, orchite et épididymite.

Les résultats obtenus ont été les suivants. La guérison complète a été obtenue chez 19 malades et cela en l'espace de deux semaines chez 10 et de trois semaines chez 9.

Chez les autres 5 malades, chez lesquels le traitement a échoué, on peut expliquer l'échec chez deux malades par ce fait que la blennorrhagie était compliquée de prostatite et d'infiltration péri-urétrale.

En se basant sur toutes ces observations, Liantz croit pouvoir formuler les conclusions suivantes touchant le procédé Janet :

1° Le procédé Janet, qui consiste en des lavages abondants de l'urètre sans sonde avec des solutions de permanganate de potasse, constitue un progrès incontestable dans le traitement de la blennorrhagie.

2° Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas où l'on applique le procédé en question pendant les premiers jours de la maladie, la période aiguë étant terminée.

3° Les contre-indications à ce procédé sont d'un côté des phénomènes inflammatoires par

trop prononcés et de l'autre un certain nombre de complications, comme, par exemple, la prostatite et les péri-urétrites.

4° L'orchite et l'épididymite, la période aiguë terminée, ne constituent pas de contre-indications; en outre, dans un assez grand nombre de cas, ces complications sont heureusement influencées par le traitement.

5° En ce qui concerne la concentration de la solution à employer, on ne saurait formuler de règles générales; chaque cas présente à ce point de vue des indications spéciales.

6° Le procédé Janet est particulièrement indiqué chez des malades de la consultation externe.

B. Taft.

Les injections intra-veineuses de sublimé corrosif dans le traitement des localisations séreuses et articulaires du virus blennorrhagique, par Leone Levi. (*Riforma medica*, n° 233, p. 88, 1897.) — Chez un malade atteint de mono-arthrite et de synovite blennorrhagique, accompagnée de fièvre, l'auteur a employé avec succès les injections intra-veineuses de sublimé à la dose initiale *pro die* de 1 milligramme, puis de 2 et finalement de 5 milligrammes. Il attribue la guérison, et notamment le retour de la température à la normale, à ces injections, bien qu'il ait fait en même temps la désinfection de l'urètre et pratiqué ultérieurement du massage.

G. Lyon.

Gynécologie.

Dr R. BLONDEL

Ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Suppuration des canaux accessoires de l'urètre chez la femme, par Hartmann et Reymond (de Paris). (*Assoc. franç. d'urologie.*) — A côté des abcès de la cloison urétro-vaginale s'ouvrant dans l'urètre, développés aux dépens de glandules de ce conduit, variété bien étudiée par Kene, Augagneur et son élève Calavassy, Verchère, etc., il est une autre variété d'abcès, également sous-urétraux mais développés au niveau d'un canal s'ouvrant directement à l'extérieur. MM. Hartmann et Reymond en présentent deux observations.

Chez une femme âgée de 29 ans, toute une série d'abcès s'ouvrant spontanément, s'est développée au cours d'une grossesse en 1891-1892. En février 1897 commence une nouvelle grossesse, et immédiatement reparaissent une série d'abcès. Le 7 mai dernier on trouve un gros abcès de la cloison urétro-vaginale, qui s'ouvre spontanément le lendemain. On extirpe la plus grande partie de la poche située au-dessous et à droite du méat. Au-dessous et à gauche de celui-ci, on trouve un deuxième canal long de 2 centimètres, admettant une sonde cannelée et donnant un peu de pus.

L'examen de la poche excisée donne une structure identique à celle de la partie terminale de l'urètre féminin.

Chez une deuxième malade observée, il n'y avait pas d'abcès, mais suppuration gonococcique de deux canaux identiques comme siège.

Ces deux observations sont intéressantes :

1° Parce qu'elles montrent qu'à côté des abcès développés aux dépens des glandes intra-urétrales, il en est d'autres qui peuvent se développer aux dépens de canaux s'ouvrant directement à l'extérieur;

2° Parce que ces canaux présentent une structure rappelant celle du canal urétral et non celle d'une glande, ce qui les différencie de ces lésions glandulaires étudiées par Astruc, A. Guérin, de Sinéty, Martineau et ses élèves, à moins qu'il n'y ait eu dans tous ces cas des lésions non glandulaires, identiques au cas actuel, l'examen histologique de la poche manquant dans les observations de ces divers auteurs.

M. Verchère, après la lecture de cette communication, fait observer que ces abcès se développent non dans de véritables glandes, mais dans des culs-de-sac muqueux. Ces lésions ne sont pas toujours de vrais abcès; parfois, sans une localisation du gonocoque, on a une accumulation de sécrétion semblable à du magma.

Quant aux véritables suppurations, elles sont décrites et elles existent. Elles arrivent à fermer l'orifice dans l'urètre et donnent lieu à des fistules qui s'ouvrent dans l'urètre et le vagin, et qui demandent une intervention chirurgicale.

R. Blondel.

Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale, par J.-L. Faure. (*Presse médicale*, 19 octobre 1897.) — Cette méthode s'adresse, non aux petits fibromes qu'il est préférable d'enlever par la voie vaginale, non aux gros fibromes, qui sont mieux enlevés par le procédé de Doyen, mais aux utérus altérés, de dimensions

normales et surtout aux annexites suppurées. Elle est basée sur la section médiane de l'utérus. Voici ses divers temps. Le ventre ouvert, les intestins protégés et la plaie écartée largement par une valve sus-pubienne, on saisit le fond de l'utérus de part et d'autre de la ligne médiane avec deux pinces solides. On fait une incision transversale du péritoine sur la face antérieure de l'utérus et au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. De cette façon la vessie est repoussée vers le bas. On sectionne alors l'utérus en suivant exactement la ligne médiane, pour éviter toute hémorragie, à l'aide de forts ciseaux droits. L'incision sépare complètement l'organe en deux moitiés en allant du fond vers le col et le vagin se trouve ouvert en haut et en bas. On saisit les tranches utérines avec deux nouvelles pinces et, soulevant le col, on sent la résistance des insertions vaginales, que l'on sépare au ras du col, en choisissant le côté le plus favorable. On lie également l'utérine et la moitié de l'organe ainsi libérée se laisse dérouler de bas en haut avec facilité, avec les poches annexielles, jusqu'au pédicule utéro-ovarien, que l'on coupe au-dessous d'une pince, ainsi que le ligament rond. La même opération est répétée du côté opposé. Il ne reste plus qu'à suturer le péritoine, avec ou sans drainage vaginal. On peut obvier à l'inconvénient d'ouvrir la cavité utérine par la cautérisation de sa surface avec la lame du thermocautère.

AUG. BENOIT.

Deux cas de restauration de l'urètre chez la femme; procédé nouveau, par FRŒLICH. (*Presse médicale*, n° 92, p. 285, 1897.) — Dans le courant de l'année 1897, M. Frœlich a eu à traiter à l'hôpital de Nancy, et en même temps, deux malades atteintes de destruction de l'urètre à la suite d'un accouchement. Les deux cas étaient à peu près identiques, sauf que, chez l'une de ces femmes, le vagin était, circonstance aggravante, notablement rétréci par le travail de cicatrisation consécutif aux lésions obstétricales.

Chez l'une et l'autre de ces deux malades, le méat urinaire persistait, et, avec lui, un petit cul-de-sac, profond de 5 à 8 millimètres, seul vestige de l'urètre. En arrière du cul-de-sac, on voyait du tissu cicatriciel, et, plus en arrière, au niveau de la vessie, une large perte de substance qui conduisait dans la vessie. Entre le cul-de-sac urétral et le bord antérieur de cette fistule, il y avait une distance de 3 millimètres.

Le plan opératoire suivi par M. Frœlich a été le suivant: dans le méat urinaire intact, il a enfoncé un gros trocart (6 millimètres) et pénétré hardiment jusque dans la vessie, en traversant l'espace sous-pubien, mais en côtoyant le plus possible la paroi supérieure de l'urètre.

Le trocart fut laissé en place pendant quelques jours, puis M. Frœlich a fermé la fistule vésico-vaginale et remplacé, jusqu'à la guérison définitive, le trocart par une sonde en gomme. Le nouveau trocart, dans les deux tiers de son étendue, était dans un trajet fistuleux, mais posé dans l'ancienne paroi urétrale supérieure. Le résultat des deux interventions a été des plus heureux. Les malades sont parvenues à garder leurs urines et à les émettre à volonté.

G. LYON.

Du chlorure de zinc en gynécologie. (*Wratsch*, n°s 37 et 38, 1897.) — On sait que le chlorure de zinc, après avoir été prôné par un certain nombre d'auteurs, notamment par M. Dumontpallier, est à peu près abandonné aujourd'hui. SCHLAPOBERSKY, en se basant sur son expérience, estime que cet abandon est loin d'être justifié. S'il a donné des résultats défavorables et même provoqué des accidents, c'est parce qu'on s'était servi d'une solution de beaucoup trop forte, à 50 0/0. Au contraire, employé en solution à 20 0/0, le chlorure de zinc constitue d'après l'auteur un excellent cautérisant dont l'action n'est pas trop profonde et qui ne provoque pas les coliques douloureuses qu'avaient signalées les auteurs.

Schlapobersky emploie la solution de chlorure de zinc à 20 0/0 dans deux cas : *a*) pour cautériser la cavité utérine après le curettage ; *b*) pour le traitement des érosions.

Les cautérisations au chlorure de zinc après curettage sont pratiquées dans l'endométrite fongueuse, ainsi que dans les métro et ménorragies avant la ménopause. La première cautérisation est faite le cinquième jour, après un lavage préalable de la cavité utérine avec une solution de lysol à 1 pour 200 : ensuite les cautérisations sont répétées tous les cinq ou six jours. On les pratique à l'aide d'une sonde de Playfair, sur l'extrémité de laquelle on met un petit tampon ouaté trempé dans la solution de chlorure de zinc.

L'auteur cite cinq cas de ce genre : dans un seul il a observé des coliques très intenses ; or, c'est précisément dans ce cas qu'il s'était servi de teinture d'iode. Dans les quatre autres cas où il avait employé le chlorure de zinc, il n'a jamais observé de coliques et les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. En ce qui concerne l'emploi du chlorure de zinc dans les érosions, l'auteur estime que c'est le moyen le plus efficace et le plus rapide de tous ceux auxquels

on a recours d'habitude. On arrive avec le chlorure de zinc à guérir en l'espace de fort peu de temps des érosions très étendues et très anciennes, tellement anciennes qu'on finit par se demander si l'on n'a pas affaire à une néoformation maligne.

B. Taft.

De la périnéorrhaphie dans la période post-puerpérale. (*Congrès de Moscou*, 1897.) — D'une façon générale, si pour une raison ou pour une autre on n'a pas suturé le périnée immédiatement après l'accouchement, ou bien si la périnéorrhaphie n'a pas réussi, le médecin n'entreprend une nouvelle opération qu'après la période post-puerpérale.

D'après Cholmogoroff cette expectation n'est nullement justifiée. Les ruptures du périnée, suturées à temps, du deuxième au vingtième jour après l'accouchement,— justement au moment où la plupart des médecins évitent toute opération, — ne se cicatrisent pas moins bien que celles qui ont été suturées avant ou après cette période. D'un autre côté, la périnéorrhaphie pratiquée à la période sus-indiquée ne présente aucun dan-ger pour la parturiente. Ceci s'applique aussi bien aux cas où l'on est obligé de pratiquer un curettage d'un tissu granuleux et même une opération plastique.

Cholmogoroff tire de ces faits la conclusion — très raisonnée du reste — que toutes les fois que le médecin se trouvera en présence d'une rupture du périnée qui n'a pas été suturée pour quelque raison que ce fût, il devra pratiquer immédiatement une périnéorrhaphie sans attendre la terminaison de la période post-puerpérale. Il agira de la même façon dans les cas où la rupture, une fois suturée, ne se sera pas cicatrisée.

B. Taft.

Pédiatrie.

Dr E. THIERCELIN

Ex-interne des hôpitaux.
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Néphrite aiguë simple des enfants; son traitement. — M. Comby (*Médecine moderne*, 1er décembre 1897) a observé chez l'enfant une variété de néphrite aiguë primitive, simple, curable, bénigne, dans laquelle l'enfant est pris, au milieu de la santé, de symptômes de néphrite aiguë plus ou moins grave, quelquefois précédés par des manifestations angineuses légères. Dans tous les cas, après une durée courte, variant de trois à six semaines, la guérison survient et l'albuminurie disparaît entièrement.

Le traitement devra être appliqué d'une façon sévère, afin d'éviter le passage de ces néphrites à l'état chronique. L'enfant sera gardé au lit tout le temps de la maladie et sera soumis au régime lacté de la façon la plus rigoureuse : ce régime sera continué même après la disparition de l'albumine. Ensuite on donnera du pain, des végétaux, des œufs, réservant pour plus tard la viande, qui sera toujours prescrite avec discrétion.

On fera de la révulsion locale par des ventouses sèches ou scarifiées, appliquées sur la région lombaire, et sur l'intestin par de grands lavements froids, donnés matin et soir, par l'huile de ricin, par l'eau-de-vie allemande (1 gramme par jour et par année d'âge, avec sirop de nerprun).

Par exemple, pour un enfant de 10 ans, on formulera :

Eau-de-vie allemande } ãã 10 grammes.
Sirop de nerprun.... }

à prendre en une fois, le matin, à jeun.

S'il y a de l'oppression, de l'anasarque, on fera respirer de l'oxygène.

M. Comby ajoute à ces divers moyens une petite dose d'acide gallique (10 à 20 centigrammes) en pilules ou en paquets.

E. Thiercelin.

L'hystérie infantile, par Paul Bézy. (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, août 1897.) — L'enfant issu d'une mère hystérique doit être, autant que possible, éloigné de l'influence maternelle, même de l'allaitement. Si l'hystérie se manifeste quand même, recourir à l'hydrothérapie, la valériane, et surtout la suggestion à l'état de veille et l'isolement.

R. Sémelaigne.

Hystérie infantile en Vendée, par F. Terrien. (*Archives de neurologie*, octobre et novembre 1897.) — M. Terrien n'a recours à l'hypnotisme que quand les accidents de la névrose paraissent s'éterniser et résistent à toute autre médication; dans ce cas même il conseille la plus grande réserve, car on est alors susceptible de développer ou d'accroître l'impressionnabilité déjà si grande de l'enfant. L'isolement du jeune hystérique dans une maison de santé ou dans un hôpital serait une des conditions les plus favorables pour la rapide disparition des accidents

nerveux, mais ce mode de traitement est pour ainsi dire impossible à la campagne. Comme prophylaxie, éviter toute émotion morale vive chez les enfants prédisposés, ne pas frapper leur imagination par des histoires de sorcellerie, de revenants, de contes de fées. En résumé, du repos moral et pas de surmenage intellectuel.

R. Sémelaigne.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève.

Les couleurs d'aniline, pyoctanin doré et pyoctanin bleu comme antiseptiques. (*Deutsche med. Zeitung*, 23 septembre 1897.) — Blocbaum combine le traitement par le pyoctanin, lorsqu'il s'agit de surfaces ulcérées, à l'électrolyse : la diffusibilité de cette substance est extrême, car elle ne provoque aucune coagulation de l'albumine, et l'on peut ainsi faire pénétrer partout l'antitoxique. L'auteur s'est assuré de la réalité du transport des molécules dans un un cas d'ulcère de la joue traité par le pyoctalin et l'électrolyse : au bout de quelques séances, la muqueuse buccale, au point correspondant à l'ulcère, était colorée en bleu, ainsi que la salive.

L'ozène vrai semble tout particulièrement justiciable de cette médication. L'auteur s'y prend de la façon suivante : on commence par remplir le nez de tampons d'ouate qu'on laisse en place pendant dix minutes pour exciter la sécrétion de la muqueuse et détacher les croûtes. On introduit ensuite, au bout d'une sonde, un nouveau tampon d'ouate : on retire la sonde seule et on injecte dans le canal laissé par la sonde dans l'ouate une solution d'aniline à 1 0/0 jusqu'à saturation du tampon. Ceci fait, on introduit des électrodes en aiguille dans l'ouate et on fait passer le courant pendant dix à quinze minutes (intensité 10 à 15 milliampères). On fera deux séances par semaine environ ; leur nombre dépend de la rapidité avec laquelle la muqueuse nasale colorée en bleu perd sa coloration.

E. Vogt.

Le validol, analeptique et antihystérique nouveau. (*Therap. Monatshefte*, novembre 1897.) — Schwersenski donne ce nom à une combinaison chimique d'éther valérianique et de menthol, contenant un excès de menthol. Cette combinaison permet d'administrer, par voie stomacale, des doses de menthol qui deviendraient caustiques dans d'autres conditions.

Le produit se présente sous l'aspect d'un liquide limpide, incolore, de la consistance de la glycérine, et provoquant quand on l'absorbe une sensation de fraîcheur agréable : le goût est très légèrement amer. Ce liquide peut dissoudre le menthol en toutes quantités, sans le reperdre par évaporation.

Le valérianate de menthol possède les qualités excitantes du musc, du camphre, de l'éther, de l'alcool sans être caustique : la proportion de menthol incorporé doit être de 30 0/0 environ pour obtenir les résultats les plus favorables. La dose stimulante est de dix à quinze gouttes, sur un morceau de sucre ou dans un peu de vin doux.

Les propriétés antihystériques de la valériane sont conservées dans le validol ; comme stomachique, il agit en excitant la sécrétion de la muqueuse, en s'opposant aux fermentations et en calmant les douleurs. Le météorisme est facilement combattu par la même méthode et aux doses sus-indiquées.

E. Vogt.

Des injections de sérum artificiel ; méthode sous-cutanée et méthode intra-veineuse ; manuel opératoire ; parallèle des deux méthodes ; choix d'un procédé, par Louis Beurnier. (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 149, 30 octobre 1897.) — Les injections de sérum artificiel sont faites suivant deux méthodes : la méthode sous-cutanée et la méthode intra-veineuse entre lesquelles il importe d'établir un choix raisonné.

Pour les injections sous-cutanées on choisit de préférence les régions du corps où le tissu cellulaire est abondant et lâche. Ainsi l'injection provoque le minimum de douleur et l'absorption est plus facile ; les fesses sont, pour cette raison, un lieu d'élection.

La région est désinfectée avec toutes les précautions d'usage : lavage à l'eau de savon chaude et à la brosse, puis au sublimé au millième, enfin à l'alcool ou à l'éther.

Pour faire l'injection on peut se servir de plusieurs moyens. L'appareil de Potain, agissant par refoulement, a été utilisé, mais il est loin d'être parfait, car il faut verser le sérum dans le flacon de l'appareil, ce qui nécessite l'ouverture de la bouteille qui le contient et, par conséquent, fait courir les plus grands risques de le contaminer. De plus, la pression n'est pas continue et sans saccades et l'on n'est jamais sûr de ne pas injecter d'air.

L'appareil le plus pratique est celui de Dumouthiers. Cet appareil, qui est complètement

stérilisé, se compose d'un flacon en verre à parois solides du volume d'un demi-litre, fermé par un solide bouchon en caoutchouc, lequel est percé de deux trous. Ce bouchon est maintenu par une chaînette métallique. Dans chacun des trous passe un tube en verre courbé à angle droit. L'un de ces tubes plonge dans le liquide et porte à son extrémité externe un tube en caoutchouc muni d'un robinet destiné à recevoir l'aiguille. L'autre tube, qui ne plonge pas dans le liquide, est renflé à son extrémité. Ce renflement contient du coton stérilisé destiné à filtrer l'air.

Au-dessous de l'ouate se trouve un petit clapet servant à arrêter les brins de coton que la soufflerie pourrait faire pénétrer dans le liquide.

Ce second tube porte à son extrémité externe un tuyau de caoutchouc muni d'une poire foulante. Les aiguilles sont en platine iridié et facilement stérilisables.

Le flacon n'est pas complètement rempli de liquide, et la chambre à air ménagée sert à donner un jet continu pendant l'injection.

Pour faire usage de cet appareil, il faut, après avoir flambé l'aiguille et le robinet auquel elle s'adapte, presser la poire de façon à éliminer tout l'air contenu dans le tube en caoutchouc.

Cet appareil permet d'avoir une grande quantité de sérum sous la main; de faire immédiatement une injection sans ouvrir le flacon, et, par conséquent, sans contaminer le liquide; d'obtenir une pression continue et sans saccades.

Il faut agir lentement avec cet appareil, exercer sept ou huit pressions au plus sur la poire par minute.

Après l'opération on mettra un pansement humide au sublimé au millième sur la région.

L'injection intra-veineuse de sérum artificiel est beaucoup plus délicate. Il vaut mieux inciser une saphène au-dessous des malléoles qu'une veine du pli du coude, car ces veines sont, chez beaucoup de sujets, petites et difficiles à faire saillir. La principale difficulté consiste dans l'introduction de la canule dans la veine.

La veine étant choisie et, s'il est besoin, rendue plus apparente par une pression des doigts au-dessus d'elle, on incisera la peau directement sur elle et dans le sens de la longueur; puis on dénudera cette veine avec soin, au moyen d'une pince et d'une sonde cannelée, sur la plus petite étendue possible (1 centimètre environ). Ensuite, on passera un double fil au-dessous d'elle, puis on incisera au bistouri, sur une longueur d'un demi-centimètre environ, la veine soulevée par une pince à disséquer. Maintenant toujours doucement la veine avec la pince, on introduira la canule, sur laquelle on serrera un des fils. L'autre fil sert à obturer le bout périphérique de la veine et devra être serré avant l'incision du vaisseau, afin d'éviter l'écoulement du sang de ce côté.

La canule une fois placée, on y adapte un appareil quelconque et l'on injecte le sérum avec lenteur.

L'opération faite, la canule sera retirée, le bout central de la veine lié comme on l'a fait pour le bout périphérique, puis la plaie soigneusement lavée avec un antiseptique. La suture totale de la peau suivra, avec pansement approprié, Il va sans dire que toutes les mesures antiseptiques auront été prises.

Le sérum doit être injecté à une température convenable, 38° à 39°.

L'injection intra-veineuse est en somme une opération délicate, souvent entourée de difficultés; elle nécessite une instrumentation chirurgicale spéciale, des aides exercés et une certaine habileté. L'introduction du liquide n'est pas sensiblement plus rapide que dans les cas d'injection sous-cutanée; d'ailleurs son absorption est aussi rapide dans un cas que dans l'autre.

L'injection sous-cutanée est donc aussi efficace que l'injection intra-veineuse. Par contre celle-ci présente bien des inconvénients et même des dangers, sans parler de la douleur qu'elle détermine parfois, elle expose à un accident redoutable, l'embolie. Si l'on n'a pas soin d'agiter constamment et méthodiquement le sérum chauffé au bain-marie, les couches inférieures peuvent être beaucoup plus chaudes que les supérieures et M. Regnier a signalé un cas où cette différence de température causa une embolie mortelle. Enfin on n'est jamais absolument sûr de ne pas laisser passer une bulle d'air.

L'embolie est, il est vrai, exceptionnelle; mais on peut voir souvent d'autres accidents, comme la phlébite, par exemple.

Au contraire, avec l'injection sous-cutanée on risque tout au plus un abcès.

En somme, l'injection intra-veineuse est une opération possible à l'hôpital, où l'on dispose d'aides et d'une instrumentation suffisante; dans la clientèle privée, il est préférable de s'en tenir aux injections sous-cutanées qui sont aussi efficaces et n'entraînent aucun danger.

G. Lyon.

Peut-on prescrire les préparations galéniques de jaborandi? par Brissemoret. (*Journal des Praticiens*, n° 41, p. 647, 1897.) — On sait depuis longtemps que les feuilles du vrai jaborandi, *Pilocarpus pennatifolius*, doivent leurs

propriétés sialagogues et diaphorétiques à la présence d'un alcaloïde, le pilocarpin, dont elles renferment environ 3 gr. 83 0/0. On utilise parfois ces feuilles en infusion, en sirop, en extrait ou en teinture alcoolique.

1° Tisane. — Feuilles sèches de jaborandi, 10 grammes; eau distillée bouillante, 1,000 grammes. Faites infuser une demi-heure ; filtrez. 100 grammes de cette préparation correspondent à 0 gr. 0038 de pilocarpine.

2° Sirop. — 20 grammes correspondent à 47 centigrammes de feuilles.

3° Teinture à 1/5. — 1 gramme, soit 53 gouttes, correspond à environ 0 gr, 0007 de pilocarpine.

4° Extrait alcoolique. — 1 gramme d'extrait correspond à 5 grammes de feuilles et à 0 gr. 019 de pilocarpine.

A ces diverses préparations on a fait le reproche, reproche adressé surtout à l'infusion de jaborandi, de donner lieu très fréquemment à des nausées, à des vomissements, à un sentiment d'extrême faiblesse, phénomènes qu'on a attribués à la présence dans les feuilles d'une essence dont elles renferment 4 à 5 0/00. Toutefois il semble que les accidents ou tout au moins la variabilité d'action qu'on peut observer dans l'emploi des préparations galéniques de jaborandi tiennent à d'autres causes.

1° Le pilocarpin n'est pas le seul alcaloïde que renferment les feuilles du pilocarpus pennatifolius; on y trouve deux autres bases : la pilocarpidine et la jaborine. Cette dernière serait un produit d'altération ou de transformation de la pilocarpine. Il suffirait, d'après Regnauld, de soumettre à l'action de la chaleur des solutions aqueuses de pilocarpine pour transformer cet alcaloïde en jaborine.

L'infusion, le sirop, l'extrait de jaborandi, toutes préparations obtenues avec l'aide de la chaleur renfermeront donc surtout de la jaborine ; or celle-ci possède une action physiologique très voisine de celle de l'atropine, c'est-à-dire qu'elle est antagoniste de la pilocarpine.

2° Les feuilles du pilocarpus pennatifolius sont assez fréquemment mêlées de feuilles du piper reticulatum, qui contiennent un alcaloïde, la jaborandine, jouissant de propriétés énergiques spéciales qui ne sont pas celles de la pilocarpine.

Toutefois il ne faudrait pas s'appuyer sur ces données pour n'utiliser que la pilocarpine : en effet, les sels dits de pilocarpine et livrés par le commerce présentent tous une grande variation dans quelques-unes de leurs propriétés physico-chimiques et dans leurs effets physiologiques. La pilocarpidine passe avec la pilocarpine dans les sels de commerce.

En somme, si l'infusion, le sirop ou l'extrait constituent de mauvaises préparations, la sécrétion et la macération constituent des préparations que l'on peut employer avec avantage. La macération préparée en faisant macérer 5 grammes de feuilles dans 125 grammes d'eau distillée froide, renferme sensiblement 2 centigrammes de pilocarpine et produit les mêmes effets.

G. Lyon.

La tannalbine comme antidiarrhéique. (*Journal de méd. milit.*, septembre 1897.) — Novosselsky a appliqué la tannalbine dans dix-sept cas. Dans quatre cas, où il s'agissait d'entérite aiguë, la tannalbine a exercé une action excellente à la dose de 2 grammes par jour. Mais elle restait inefficace contre les douleurs du ventre ; pour calmer celles-ci on fut obligé de recourir à l'opium. Dans dix cas, où il s'agissait de catarrhe chronique, la tannalbine a exercé une action bien moins énergique et l'on a eu à constater de fréquentes récidives. Enfin, dans les trois autres cas, où la diarrhée compliquait le scorbut, la tuberculose et la fièvre typhoïde, la tannalbine agissait peu et sans certitude. De sorte que, d'après Novosselsky, on ne saurait considérer la tannalbine comme un antidiarrhéique spécifique. En l'employant, on serait tout de même obligé d'avoir recours à d'autres moyens diététiques et pharmaceutiques.

B. Taft.

De l'action diurétique de l'urée. (*Gazette de Botkine*, n° 34, 1897.) — En se basant sur quatorze cas, Fontran arrive à la conclusion, qui ne fait du reste que confirmer l'opinion d'autres auteurs, que l'urée est une substance absolument inoffensive, même à doses assez élevées. Quant à son action thérapeutique, l'urée s'est montrée de beaucoup moins efficace que les autres substances diurétiques, la caféine, par exemple.

B. Taft.

De l'action toxique de l'airol. (*Wratsch*, n° 28, 1897.) — Dans presque tous les articles consacrés à l'airol on a affirmé que celui-ci ne détermine aucune irritation. Cependant Goldfarb a eu l'occasion d'observer de l'irritation un certain nombre de fois ; et même dans deux cas de chancre mou cette irritation est allée jusqu'à la formation de vésicules, comme on en voit dans les brûlures au deuxième degré.

Dans ces deux cas, Goldfarb employait l'airol sous forme de poudre en recouvrant le gland d'une légère couche d'ouate.

Ces deux observations montrent que des précautions ne sont pas totalement inutiles dans l'emploi de l'airol.

B. Taft.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Rhumatisme articulaire aigu.

a) PÉRIODE D'ÉTAT.

1° Repos absolu au lit.

2° Au début alimentation consistant exclusivement en lait, potages, œufs. Boissons chaudes en abondance; tisane de chiendent, de queues de cerises additionnée par litre de l'un des paquets suivants :

Nitrate de potasse..... 2 grammes.

Pour un paquet.

3° Enveloppement des articulations atteintes avec de l'ouate, après application d'un liniment calmant :

Laudanum .....
Chloroforme.....
Huile de jusquiame.....
Baume tranquille..... } àà p. égales.

Parfois les applications d'une pommade salicylée (à 10 0/0) seront indiquées, quand le salicylate de soude ne pourra être prescrit à l'intérieur.

Prescrire le salicylate de soude.

Dose : 4 à 8 grammes. Ne pas dépasser cette dernière dose. Commencer par 8 grammes; se maintenir à cette dose pendant deux jours; descendre ensuite à 6 grammes et s'y maintenir pendant deux jours également. Puis, baisser d'un gramme tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce que l'on arrive à la dose de 4 grammes, à laquelle on s'arrêtera et qui sera prescrite plusieurs jours encore après la disparition de la fièvre et des arthropathies.

Chez l'enfant 2 à 5 grammes, suivant l'âge (au-dessus de 3 ans).

Modes d'administration : Par la bouche le plus souvent;

En cachets (mauvais);

En solution (préférable en raison de l'action irritante sur l'estomac, ce qui exige la dilution du médicament).

Solution aqueuse dont on fera prendre chaque cuillerée dans du lait ou dans de l'eau de Vichy; ou potion :

Eau distillée.....
Sirop d'écorces d'oranges amères..... } àà 100 grammes.
Rhum vieux..... 40 —
Salicylate de soude..... 12 —

Chaque cuillerée à soupe de cette potion contient 1 gramme de salicylate de soude.

En lavements (quand il y a intolérance de la part de l'estomac).

2 grammes de salicylate de soude pour un lavement de 120 grammes d'eau que l'on gardera et qui sera renouvelé suivant les cas, deux ou trois fois dans la journée.

Faire précéder le lavement médicamenteux d'un lavement évacuateur.

Le salicylate de soude, quel que soit son mode d'administration, doit toujours être pris à doses fractionnées, comme tous les médicaments qui s'éliminent rapidement, afin que le malade soit toujours sous son influence.

Les malades devront être prévenus des accidents d'intolérance qui peuvent survenir :

Troubles gastriques : Nausées, vomissements, etc.

Troubles cardiaques : Syncope.

Troubles sensoriels : Bourdonnements d'oreilles, surdité.

Troubles nerveux : Vertiges, délire, etc.

Contre-indications : Alcoolisme, grossesse, artéro-sclérose, cardiopathies valvulaires anciennes, rhumatisme cérébral, néphrites. (L'albuminurie légère et transitoire due au rhumatisme ne constitue pas une contre-indication.)

5° Quand le salicylate de soude est contre-indiqué on peut prescrire :

a) Le salophène.

Dose : 3 à 6 grammes.

Mode d'administration : Cachets.

b) L'antipyrine n'agit guère que sur les douleurs. Doit être donnée à doses élevées. 3 à 5 grammes. S'abstenir des injections sous-cutanées qui sont douloureuses. Prescrire l'antipyrine en solution ou en paquets que l'on fera prendre dans de l'eau de Vichy, ou bien encore en lavements. (*A suivre.*)

PETITE CHRONIQUE

Je ne puis remercier individuellement tous ceux de mes aimables lecteurs qui m'ont fait l'honneur de m'écrire à l'occasion de ma dernière chronique, pour me dire qu j'avais frappé juste. Rien n'est plus consolant pour le journaliste que la sensation qu'on veut bien lui donner, d'être dans la bonne voie : rien de plus encourageant dans la croisade qu'il entreprend contre les ennemis avoués ou secrets de notre belle profession, menacée de tant de côtés à la fois : rien, en un mot, ne peut lui faire croire davantage qu'il fait œuvre utile en cette ingrate besogne, et que les petites lignes dont il laboure péniblement son papier, sont bien des sillons d'où germera quelque bon grain.

Cette croisade est utile et son effet n'est pas limité au domaine des mots.

Il n'est pas de pire ennemi du médecin que sa propre indifférence pour ses intérêts matériels. Je veux parler surtout de l'indifférence pour les grandes causes de la crise dont il souffre et que bien souvent il ne discerne guère, ou qu'il ne voit enfin que lorsque leur effet est produit et irrémédiable. Tel qui comprendra très bien le danger de l'installation d'une Faculté nouvelle, devant inonder de concurrents sa région déjà encombrée, ne s'aperçoit pas, par exemple, qu'en acceptant les produits pharmaceutiques dont certains fabricants lui envoient des échantillons gratuits en abondance et sur simple demande, pour les revendre ensuite dans sa clientèle et gagner ainsi quelques sous, il se fait le propagateur bénévole du flacon sournois qu'on ira demander ensuite directement au pharmacien au prochain malaise, en économisant les frais de sa visite. Tel qui gémira devant l'installation d'une Société de secours mutuels dans sa ville, Société à laquelle tous ses clients fortunés s'empressent de s'incrire, se donnera un mal inouï pour faire des cours d'infirmières et apprendre au public à se passer de lui.

A ce point de vue, signaler au confrère les dangers nouveaux qui paraissent à l'horizon, rappeler son attention constamment sur les abus qu'il tolère et qui se poursuivent à son détriment, n'est pas faire œuvre de Cassandre. C'est quand nous aurons l'esprit toujours en éveil sur les empiètements que chacun se permet délibéremment sur notre domaine, c'est quand on saura que nous avons renoncé au système du laisser-faire qui nous a menés où nous en sommes, que l'on commencera à en prendre moins à l'aise avec nous. Il n'y a de bonnes chasses que les chasses bien gardées.

Or, les braconniers chez nous, vous ne l'ignorez pas, sont nombreux. Chaque jour voit consacrer l'existence régulière d'un nouveau genre en cette matière. Aujourd'hui, voici les masseurs et les magnétiseurs, qui envoient bravement une pétition à la Chambre pour lui demander de faire reconnaître leur existence légale et leur droit à soigner les malades.

Ces braves gens ont des scrupules, non sur leurs droits, — comment donc ! — mais sur l'avenir qui attend devant les tribunaux leur petite industrie. Le tribunal d'Angers en a bien acquitté un, en ergotant sur le sens du terme légal « soigner des malades. » Le magnétiseur Mouroux fut donc rendu à ses chères études. Mais le tribunal de Lille en condamna un autre un mois plus tard. Le métier n'est pas sûr, en somme, et rien ne garantit qu'on trouvera toujours au tribunal un juge persuadé des bienfaits du magnétisme et assidu d'un de ces cabinets que la pudeur seule m'empêche de qualifier de maison de passes.

Les masseurs font cause commune avec eux. Est-il besoin d'un plus complet aveu que leur unique similitude est une commune illégalité de leurs pratiques ? Avec ou sans fluide, le monsieur qui guérit avec des gestes des maladies qu'il ne connaît pas, qu'il n'a et ne peut avoir étudiées nulle part, est toujours un braconnier.

Et les sages-femmes, dont me parle un de mes aimables correspondants. Admettez-vous qu'on leur laisse impudemment afficher leurs consultations pour les « maladies des dames » au lieu et place du paysage classique, mais légal, où un jeune citoyen de 10 ans au moins prend, en tenue sommaire, un bain de siège dans un cœur de salade ? A aucun moment de ses études la sage-femme a-t-elle été préparée au diagnostic délicat des lésions ovariennes, de la pelvi-péritonite, de l'hématocèle, du kyste dermoïde, etc. ?

Au fond, tout cela se ressemble, et si l'on veut y regarder de près, masseurs, magnétiseurs, baigneurs, sages-femmes, pharmaciens, marchant à l'assaut du domaine médical, ne représentent

qu'autant de cas particuliers d'un mouvement très général et très moderne, si jose le dire. C'est la lutte de l'outil et de l'artisan, de l'ouvrier et du maître. A côté de nous, vous verrez le maçon demander à se faire passer pour architecte, — de fait, la lutte de ce dernier contre les empiètements des gros maçons, c'est-à-dire des entrepreneurs, est devenue des plus vives. C'est le « praticien » ou le mouleur qui veulent se donner pour statuaires : c'est l'ajusteur qui joue à l'ingénieur, le soldat qui joue au général. Il s'agit en somme d'une tendance générale à notre époque, tendance faite de jalousie, d'ambition sans limite et d'irrespect d'aucune supériorité, sur quelques bases scientifiques que celle-ci soit fondée.

Nous ne ferons pas faire machine en arrière à l'esprit public : mais avouez que nous serions des naïfs de laisser le flot monter et nous envahir sans nous défendre. Nos voisins ne sont pas tous aussi simples que nous. Les archictectes, dont je parlais tout à l'heure, se sont entendus dans plusieurs départements pour ne donner jamais aucune commande aux entrepreneurs convaincus d'avoir fait, pour un particulier, une construction quelconque sans avoir eu recours à un architecte, et en se servant de plans dressés par leurs employés. Et notez que lesdits architectes ne sont nullement protégés comme nous sommes censés l'être par la loi. Je cite cet exemple, non que la solution adoptée par ces messieurs puisse se transporter telle quelle dans notre cas, mais pour montrer que si l'on veut bien s'entendre, il y a toujours moyen d'empêcher l'ennemi de nous manger la laine sur le dos. Croyez-vous que si tous les médecins s'arrangeaient pour ne jamais prescrire aucun des produits qui s'annoncent directement au public à la quatrième page des journaux politiques, le tort que leurs fabricants font au corps médical ne diminuerait pas dans une large proportion? Croyez-vous que si tous les pharmaciens s'entendaient pour refuser de tenir en dépôt aucune de ces belles drogues, leur profession souffrirait autant qu'elle le fait actuellement et ne verrait pas revenir l'époque, meilleure pour tout le monde, des bonnes ordonnances et des traitements raisonnés? Je ne parle pas ici de la grande spécialité, qui est une marque de fabrique, une garantie de pureté et de constance de composition du produit. Je parle de ces tisanes dépuratives, de ces injections foudroyantes, de ces pilules merveilleuses et secrètes que le public s'administre lui-même dans un certain nombre de cas que les prospectus indiquent et qui comprennent naturellement toutes les maladies et bien d'autres encore.

Pour en revenir aux magnétiseurs, j'espère que leur compte est bon.

Le corps médical est trop bien représenté à la Chambre des députés pour que la proposition passe sans encombre. Mais qui sait? Nous sommes tellement, en France, les dupes des mots! « Nous sommes la démocratie de la médecine, diront-ils », et du coup ils trouveront des défenseurs parmi les courtisans du mouvement général dont je parlais plus haut.....

J'ai entendu des gens très sérieux et pas trop amis du paradoxe soutenir que le mieux serait encore la liberté de l'art de droguer. Le jour où il n'y aurait plus de monopole, le diplôme ferait prime... Qu'en dites-vous?

Dire que l'avenir ne deviendra peut-être bon pour nous que le jour où, faisant pendant à la boutade de Rochefort sur les décorations, une bonne loi viendra déclarer :

Article premier. — Tous les Français sont docteurs en médecine.....

Dr Diogène.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Académie de médecine. — M. le Pr Pouchet a été élu membre de l'Académie de médecine dans la séance du 7 décembre, à la place laissée vacante dans la section de chimie et de physique médicales, par le décès de M. Schutzemberger.

Concours d'agrégation. (*Section de pathologie et de médecine légale*). — Le jury de ce concours, qui a été ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, le 13 décembre dernier, se compose de : MM. les professeurs Bouchard, président; Potain, Landouzy, Laboulbène, Proust, de Paris; Arnozan, de Bordeaux; Combemale, de Lille; Bard, de Lyon; Carrieu, de Montpellier.

Au Palais Bourbon. — Après un très remarquable discours de notre éminent collaborateur le Pr Lannelongue, la Chambre des députés a reçu enfin l'assurance formulée par le Ministre des finances, que l'Académie de médecine aurait prochainement (avant 1900) un local pour

ses séances, digne d'elle et des nombreux services officiels que l'administration à centralisés sous sa responsabilité : vaccine, eaux minérales, etc. A cet effet, un échange de terrains appartenant à l'Académie et situés avenue de l'Observatoire, d'une valeur de 6 à 800,000 francs et sur lesquels a été construit un laboratoire de chimie industrielle, sera fait par l'Etat et l'Académie sera mise en possession d'un emplacement différent, plus central, qui va être déterminé.

La Chambre a voté au cours de la discussion du budget de l'instruction publique un crédit de 50,000 francs pour élever le traitement des préparateurs des cours et des travaux pratiques, des Facultés de médecine et des Facultés des sciences ainsi que celui du petit personnel des laboratoires, garçons de laboratoire et gens de service. On sait que le traitement des préparateurs et celui des garçons est exactement le même.

Cette somme de 50,000 francs est d'ailleurs parfaitement insuffisante ▸ 150,000 francs ne suffiraient pas, d'après M. Liard, à procurer un relèvement appréciable à tous les traitements en vue. Une commission extra-parlementaire a été créée par le ministre pour étudier le relèvement de tous ces traitements, qui, à côté des sommes correspondantes dépensées par les budgets étrangers même les plus faibles, sont simplement honteux. Espérons que la nomination d'une commission ne sera pas ici, comme souvent, le dernier mot de la réforme à accomplir.

Chantage contre un médecin. — Le tribunal correctionnel d'Amiens vient de juger un curieux procès dont nous empruntons le récit à la *Revue médicale*. Au commencement du mois de novembre dernier, le docteur Duquesnel, conseiller général à Roye, recevait d'un nommé Feuillette, ancien équarrisseur à Roye, une lettre ainsi conçue :

« Monsieur,

« En 1897, vous avez accouché ma femme, et, en pratiquant la craniotomie, vous avez, par votre maladresse et en employant des instruments tels, développé chez elle une péritonite qui a déterminé la mort.

« Si vous aviez fait l'opération césarienne, vous auriez pu sauver mon enfant.

« Mais, comme vous étiez d'accord avec ma belle-mère pour faire mourir ma femme et mon enfant, vous avez préféré faire la craniotomie.

« En faisant mourir ma femme et mon enfant, vous m'avez porté un préjudice dont je vous demande réparation immédiate, et, si vous ne m'envoyez pas dans les quarante-huit heures une somme de 10,000 francs, je fais une dénonciation au parquet pour lui signaler vos faits et gestes.

« FEUILLETTE. »

Le procureur de la République ouvrit une information qui aboutit à une poursuite contre Feuillette pour tentative d'extorsion de fonds.

Le tribunal a condamné ce dernier à quinze jours de prison.

BIBLIOGRAPHIE

Technique chirurgicale, par EUGÈNE DOYEN ; (*Technique chirurgicale générale. Opérations gynécologiques.*) 1 fort volume de 600 pages avec 36 planches et 422 figures dans le texte. G. Masson, et Cie, éditeurs, 1897. — La réputation de virtuosité chirurgicale de M. Doyen, solidement établie à l'étranger non moins qu'en France, l'éclat avec lequel il a introduit dans la pratique moderne des procédés opératoires nouveaux, d'abord discutés, puis acceptés aujourd'hui par les chirurgiens de tous les pays, l'ingéniosité extraordinaire avec laquelle il s'est créé tout un arsenal chirurgical nouveau, dont plusieurs pièces sont de véritables trouvailles de génie, tout cela donne à la publication de ce volume un intérêt de curiosité bien légitime. Cet intérêt n'est pas déçu à la lecture du livre, splendidement édité par la maison Masson, avec un luxe de figures qui en font une publication absolument à part. C'est l'exposé de la pratique personnelle de l'auteur, avec tous les détails nécessaires pour la bien saisir, présentés avec une absolue clarté. Certes l'auteur s'y est mis en scène presque à chaque page et les photographies qui le représentent dans tous les actes de sa vie chirurgicale y sont largement répandues. J'avouerai franchement cependant qu'il ne me déplait pas, à une époque où la bibliographie nous déborde et où l'exposé des travaux d'autrui représente la plus large part des nôtres, de voir un chirurgien, très crânement, consacrer un livre au simple exposé de sa manière de faire, surtout quand le chirurgien est M. Doyen. J'aime mieux cela, en somme, et j'y trouve plus

à apprendre que dans le fatras des compilations à la mode où trente procédés sont donnés pour la moindre opération, laissant le lecteur dans la plus cruelle des perplexités. M. Doyen n'en donne qu'un, le sien, et il ne nous dissimule pas que selon lui c'est le meilleur. Au moins voilà qui est parler franc et le lecteur aurait d'autant plus tort de se plaindre que la plupart du temps c'est la vérité. A M. Doyen, en dehors de la création d'instruments d'une ingéniosité remarquable, comme je le disais plus haut (entre autres pour la craniotomie), à M. Doyen revient le mérite indiscutable d'avoir rappelé la génération chirurgicale actuelle au souvenir des traditions de la chirurgie française, de celle des Maisonneuve et des Lisfranc. Autrefois on opérait *vite* et *bien*. Mais l'absence d'antisepsie paralysait toutes ces belles qualités. Aujourd'hui la fausse sécurité donnée par l'accomplissement des rites de l'antisepsie et de l'asepsie, a entraîné l'oubli de ces qualités primordiales du chirurgien. On opère trop lentement et la crainte exagérée du sang conduit à l'abus de l'emploi des pinces qui viennent encombrer inutilement le champ opératoire. A ceux qui seraient tentés de lui dire que ces qualités d'audace et de virtuosité sont rares et n'appartiendront jamais qu'à une minorité, M. Doyen répond avec fermeté, qu'il vaut mieux qu'il en soit ainsi. « Il est temps, dit-il, que l'on sache que le premier venu ne peut s'improviser chirurgien. » « L'anesthésie et l'antisepsie, dit-il encore, perdent toute valeur, si nous devons voir l'habileté manuelle disparaître avec la septicémie. »

On ne peut qu'applaudir à cette fière déclaration et espérer, avec M. Doyen, voir la chirurgie française revenir à ses belles traditions d'autrefois.

L'analyse d'un ouvrage aussi considérable ne saurait tenir en quelques lignes. Disons seulement que la première partie est consacrée à la technique chirurgicale générale et que pas un détail n'y est oublié, depuis la dernière vis de l'étuve à vapeur jusqu'aux temps divers du morcellement des tumeurs les plus complexes.

La seconde partie est tout entière réservée à la technique des opérations gynécologiques, où l'auteur est passé maître, comme l'on sait. Peut-être M. Doyen est-il un peu dur pour le curettage à qui il dénie vraiment trop toute efficacité au profit des crayons de chlorure de zinc qui ne sont guère chirurgicaux et sont souvent si nuisibles : de ce que le curettage est souvent mal fait par des amateurs, il ne s'ensuit pas qu'entre des mains suffisamment expertes il soit sans utilité contre les métrorrhagies et même contre la rétention de débris placentaires, ainsi que le pense M. Doyen. Il faut lire phrases par phrases le remarquable exposé de la technique de l'hystérectomie abdominale ou vaginale : M. Doyen est ici sur son vrai terrain et c'est une page de maître. En un mot il s'agit là d'un ouvrage de premier ordre et dont l'apparition est destinée bien certainement à faire époque dans l'histoire de la chirurgie contemporaine.

R. Blondel.

Cours de thérapeutique. Leçon-programme, par le Pr L. Landouzy. (J. Carré et Naud, éditeurs. Paris, 1897.) — Cette leçon qui a servi d'ouverture au cours de M. Landouzy (8 novembre 1897), est un bel et magistral exposé de ce que doit être la thérapeutique moderne, armée de toutes les ressources nouvelles que les progrès scientifiques de notre époque ont mis à la disposition des cliniciens. « Etudier la thérapeutique, dit excellemment M. Landouzy, c'est étudier le choix à faire des médicaments et la nature des médications. » L'auteur termine en indiquant les grandes lignes du sujet qui font cette année même l'objet de son cours à la Faculté : médication dépurative, médication antihémorragique, médication antiarthritique.

R. Blondel.

Le Propriétaire-Gérant : R. Blondel.

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire, 14, rue Séguier.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le cours libre de radiographie à la Faculté de médecine de Paris. — Le Dr Léon Bonnet a commencé, à l'Ecole pratique, la série de ses conférences sur les rayons Rœntgen, qui ont été accueillies par un vif succès.

Le jour de l'ouverture, la salle n° 1 du musée Dupuytren, choisie spécialement pour les démonstrations et les examens à l'écran fluorescent, qui doivent se faire dans une obscurité complète, était trop petite pour contenir les nombreux étudiants et médecins venus assister à ce cours.

Sur une table étaient disposés une très grande bobine de Ruhmkorff, des tubes à vide, des écrans au platino-cyanure de baryum et tout le matériel nécessaire à la production des rayons X.

En débutant, le Dr L. Bonnet rappelle le mouvement de curiosité soulevé, il y a deux ans à peine, par l'annonce de ces mystérieuses radiations capables de traverser les corps opaques.

Il montre, aussitôt après, les appareils employés et les résultats obtenus : papier noir, carton, bois, peau et muscles très facilement traversés, — os, verre bien moins facilement pénétrés — métaux différents relativement opaques aux rayons Rœntgen.

L'écran fluorescent très lumineux sous l'influence des radiations, à peine absorbées par les premières substances, reste presque obscur en face des dernières. D'où l'ombre d'un métal enfermé par exemple dans une boîte en bois, ou l'ombre du squelette de la main et du bras au travers des tissus mous.

L'orateur démontre que ces propriétés presque paradoxales des rayons X peuvent se rattacher à certains phénomènes déjà observés, comme l'opacité de l'eau dans l'infra-rouge, l'opacité du verre dans l'ultra-violet et la transparence d'une lame d'argent aux rayons ultra-violets.

L'œil en outre est un organe de vision très imparfait. Il ne voit qu'entre le rouge et le violet. En deçà des rayons rouges cependant le thermomètre décèle d'autres vibrations de l'éther, radiations calorifiques. Au delà des rayons violets la plaque photographique permet de constater l'existence de radiations chimiques qui échappent comme les premières à nos organes.

De même c'est la plaque au gélatino-bromure d'argent et l'écran au platino-cyanure de baryum qui révèlent ces formes cachées de l'énergie que Rœntgen a appelées rayons X, parce qu'elles ne suivent ni les lois de la lumière blanche ordinaire (réflexion, réfraction, interférence, polarisation), ni les lois des rayons électriques ou cathodiques (déviation par un aimant).

Abordant ensuite la question historique, le conférencier établit que la découverte du professeur de Würtzbourg ne fut pas due au hasard mais à la longue suite des travaux sur l'étincelle et les aigrettes électriques, datant du siècle dernier, depuis Marat, le fameux conventionnel jusqu'à Lénard, savant hongrois, le précurseur direct de Rœntgen, en passant par Geissler, Crookes, Helmotz, Hertz, le Dr Boudet (de Paris), etc.

C'est en répétant les expériences de Lénard, le tube de Crookes à un millionnième d'atmosphère étant entouré de papier noir, que le Dr Rœntgen vit dans l'obscurité s'illuminer un flacon de paillettes de platino-cyanure. Il en conclut aussitôt que cette fluorescence n'était pas due à des rayons du spectre lumineux, incapables de traverser le papier noir. La fameuse découverte était faite.

Depuis cette époque une nouvelle science s'est créée en quelques mois. Aujourd'hui grâce au perfectionnement des appareils, les applications des rayons Rœntgen, de ces curieux rayons X dont les savants font actuellement presque à l'unanimité une modalité électrique, sont nombreuses et utiles. L'industrie, les postes, les douanes s'en servent : les sciences et principalement les sciences médicales et chirurgicales en ont déjà retiré d'immenses services.

Après avoir présenté divers objets dont les formes changent sous l'influence de l'écran et qu'il faut savoir reconnaître à l'examen radioscopique, le Dr Léon Bonnet parle des avantages et de la supériorité dans certains cas de la radiographie ou inscription sur la plaque photographique des détails de ces mêmes objets, notamment des os et des organes profonds du corps humain.

Il montre aux assistants l'intérieur d'une main et les détails osseux d'un avant-bras.

Il expose à l'écran le thorax d'un étudiant adulte, fait constater l'opacité du squelette, la luminosité des poumons, la tache sombre du cœur dont on voit nettement les pulsations, la ligne sombre et mouvante du diaphragme limitant, à droite, la face convexe du foie, à gauche, une tache claire produite par les gaz de l'estomac et plus à gauche une partie de la rate représentée en noir.

Il réserve pour la prochaine conférence du samedi la description de toutes les applications des rayons X aux différentes maladies d'ordre médical et d'ordre chirurgical (lésions des poumons, du cœur, anévrismes, affections du foie, de l'estomac, des intestins, etc.; tumeurs profondes; lésions osseuses, fractures, luxations, corps étrangers, etc.).

Il se propose de présenter, chaque semaine, différents malades que chacun pourra examiner avec ce nouveau et puissant moyen d'investigation.

Dans les cours ultérieurs seront étudiés les instruments et appareils déjà nombreux et divers que les constructeurs fabriquent avec ardeur. Les perfectionnements surtout seront décrits au jour le jour et tous les succès de la méthode Rœntgen seront exactement enregistrés.

Les applaudissements, plusieurs fois renouvelés, qui ont accueilli cette première conférence montrent toute l'importance que le monde médical attache à l'enseignement de cette science nouvelle.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon
Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur à la Faculté de médec. de Paris
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de la Pitié.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression, grand in-8°, avec de nombreuses gravures dans le texte

Abonnement pour chaque Revue séparée		Abonnement pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	35 fr.
— Département et étranger	23 fr.	— Département et étranger	40 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union Postale

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

1897

A

Abadie, 384.
Abbe, 562.
Abbe (Robert), 273.
Abbott Cantrell, 344, 788.
Abraam, 448.
Abramowith, 344.
Achard, 305.
Adrian, 85, 330.
Ahlfeld, 159.
Albarran, 638, 781, 819.
Albertin, 812.
Alessandri (R.), 526.
Alexandroff, 49.
Allan, 483.
Allen, 418.
Altschul, 306.
Amann, 487.
Amman, 199.
Angelucci, 852.
Apert, 550.
Apostoli, 457.
Aragon, 50.
Ardin-Delteil, 773.
Arié, 191.
Aristoff, 788.
Armstrong, 552.
Arny, 388.
Aron, 191.
Artault (de Vevey), 680.
Arullani, 383.
Arzamaskoff, 270.
Assipoff, 851.
Aubineau, 56.
Audebert, 785.
Audry, 133.
Aviragnet, 550.
Avsitidisky, 238.
Azincourt (d'), 126.

B

Backer (de), 624.
Ball, 518.
Balzer, 670.
Banzet, 486.
Barbagallo, 556.
Barbaud, 536.
Barbier, 116, 155, 225.
Bardet, 11, 188, 225, 330, 767, 808.
Bares, 809.
Barié, 18, 813.
Barral, 203.
Barré (Henri), 141.
Barrié, 386.
Barthélemy, 742.
Baudach, 591.
Baudoin, 310.
Baudouin, 704.
Baudry, 594.
Baumler, 660.
Bazy, 190, 416, 745.
Bechbereff, 341.
Bechtereff, 851.
Beck, 708.
Béclère, 668.
Beco, 597.
Bellot, 122.
Benoit (Auguste), 69.
Bentéjac, 341.
Bérard, 660.
Berezkine, 119.
Berger (Emile), 438.
Berger, 772.
Bergonié, 701, 704, 815.
Berkley (H.-J.), 711.
Bernard (F.), 275.
Berne (Georges), 33.
Betton-Massey, 737.
Bettremieux, 816.
Beurnier, 421, 857.
Beverley-Robinson, 451, 632.
Bézy (Paul), 856.
Biard, 635.
Billet (Charles), 756.
Billstein (Emma), 788.
Blaker, 332.
Blocbaum, 857.
Bloch, 227.
Blondel (R.), 188, 259, 267, 321, 531, 717.
Bloom, 751.
Blou-Kete, 849.
Blum, 159.
Bobier, 273.
Bodon, 272.
Bœck 455.
Bogdanoff, 168.
Boinet, 810.
Boissard, 492, 676.
Boisseau du Rocher, 158.
Bonnifield, 313.
Bonnus, 824.
Boquel (André), 28.
Bordier, 637.
Borelius, 563.
Borofsky, 344.
Bosc (J.), 189.
Bosc, 483.
Bosche, 675.
Bouchardat, 571.
Boucheron, 56.
Bouilly, 346, 784.
Boureau, 638.
Bourneville, 135, 412.
Bousquet, 59.
Bovet, 48.
Bozeman, 205.
Braatz, 66.
Brackmann, 156.
Bradbury, 557.
Bramesfeld, 558.
Bratz, 198.
Braun, 335, 819.
Braun (Michel), 681.
Bricemoret, 786, 788, 858.
Bridge, 412.
Broca, 169, 305, 408, 772, 810.
Brocq, 209, 278, 525, 742, 743, 744, 779.
Broeckaert, 229.
Bronowsky, 641.
Brouardel, 500.
Brouillette, 170.
Brugelmann, 194.
Brun, 408.
Brunet, 231.
Buck (De), 350, 677.

Budin, 530.
Buguet (Abel), 176.
Bull (W.), 274.
Bureau, 236.
Butlin (Henry), 336.

C

Cabitto (Clemente), 382.
Cabot, 388.
Cadet de Gassicourt, 29.
Cadwallader (R.), 120
Calmettes, 375.
Calot, 49, 573, 626.
Camero, 94.
Camescasse, 808.
Cantlie (James), 109.
Carlier, 59, 744, 783.
Carnot, 422, 445.
Carnot (Paul), 665.
Caroli, 20.
Caron de la Carrière, 207, 315.
Carrière, 449.
Cartier, 330, 361.
Casper, 824.
Cassan, 314.
Cassine, 422.
Castel (du), 161.
Catillon, 154, 187, 767.
Cazaux, 309.
Ceccherelli, 695.
Cerny, 336.
Cesare (de), 778.
Chamberlin, 677.
Championnière (L.), 304.
Chancellor (Eustatius), 343.
Charpentier, 532.
Chassevant, 1, 187, 224, 767.
Chauffard, 19.
Chevalier (E.), 6, 24, 746.
Chevalier (M.), 87.
Chibret, 816.
Chipault, 127, 572, 588, 815.
Cholmogoroff, 206, 856.
Chompret, 823.
Chrétien, 208.
Christmas (J. de), 707.
Christopher Heath, 736.
Chrobak, 490.
Clado, 205.
Clafton (Edgar), 241.
Clark (Pierce), 197.
Clavelier, 594.
Clément Godson, 419.
Clifford Perry, 23
Clopatt, 273.
Coffi, 791.
Cohen-Kysper, 55.
Coleman-Kemp (Robert), 448.
Colleville, 485.
Colombini, 23.
Combemale, 406.
Comby, 169, 213, 381, 419, 566, 674, 856.
Contejean, 210.
Coplin-Stinson, 120.
Coppez, 414.
Cordier, 59.
Corning (Léonard), 121.
Corvin, 664.
Costa (Da), 304.
Costet, 16.
Coudray (Paul), 812.
Courtade, 85, 330, 557.
Courtellemont, 568.
Coustan, 536.
Cramer, 561.
Créquy, 85.
Crésantignes, 225.
Cripps (R.-A.), 700.
Crook (James), 309.
Cuno (F.), 118.
Curran-Pope, 128.
Cuvillier, 705.
Czerny, 695.
Czygan, 156.

D

Dalché, 11, 188, 225, 417.
Dandois, 332.
Danet, 172.
Danilewsky, 100.
Dantan (Gaston), 92.
Darier, 385, 816, 817.
Dasara-Cao (Domenico), 203.
Dassonville, 281.
Dauchez, 460.
Daum, 791.
Davenport, 412.
Davicion-Lévy (Samuel), 704.
Davies (Hugues-Reid), 307.
Dazio, 331
Decroix, 422.
Degrenne, 673.
Deguy, 308, 768, 788.
Deichler, 671.
Déjace, 382, 532.
Delagenière, 556, 748.
Delagrange, 12.
Delbet, 237, 608, 680.
Delefosse, 644.
Delfau, 536.
Demidowitch, 99.
Demons, 734, 812.
Denys, 733.
Depage, 851.
Deroche, 736.
Desfosses, 740.
Desguin, 16.
Desnos, 24, 746, 783.
Devay, 52.
Dieulafoy, 304, 377, 813.
Dignat, 53, 521, 732.
Dios Carrasquilla (Iuan de), 818.
Ditte, 91.
Djémil-Pacha, 62, 736.
Dobronravoff, 97.
Dobrowsky, 28.
Dœderlein, 489.
Dolbeau, 452.
Doléris, 205, 530, 749, 820.
Dor, 384, 452, 772.
Dorison, 129.
Dormoy, 305.
Dotschewsky, 569.
Douglas, 309.
Doumer, 242, 741.
Doutrelepont, 591.
Doyen (Eugène), 537, 771, 863.
Dransart, 385.
Dresch, 633.
Drézigué (de), 416.
Dubarry, 278.
Dubois, 270.
Dubreuilh, 267.
Duchenne, 187.
Dufrèche, 27.
Duhourcau, 115, 188, 268.
Duhring, 525.
Dumas (C.), 193.
Duncan-Bulkley, 523.
Duplay, 205.
Dupont, 271.
Duret, 60, 771, 812.
Dwight (Henry), 709.
Dziedicki, 479.

E

Eberson, 824.
Edgeworth, 227.
Edinger, 824.
Ehrmann, 415.
Eichberg, 737.
Eichhorts, 349.
Einhorn, 101.
Elden, 485.
Elischer, 315.
Englisch, 673, 852.
Erb (W.), 285.

Escat, 487.
Eschbaum, 64.
Esipoff, 281.
Eudlitz, 680.
Ewald, 521.

F

Fabre, 564.
Fabricant, 624.
Fabrikant, 95.
Fanton d'Andon, 785.
Farengoltz, 412.
Farina (Paul), 443.
Faure (J.-L.), 447, 735, 771, 854.
Faure (Maurice), 814.
Fedeli, 14.
Fedoroff, 633.
Felizet, 735.
Fernet, 116.
Ferrand, 155, 187.
Feuerstein, 750.
Fiessinger (Ch.), 64.
Filatoff, 420.
Finkelstein, 331.
Finney (J.-M.-T.), 697.
Flœrsheim, 200.
Fontan, 15.
Fontran, 859.
Fornace, 712.
Fornara, 818.
Fosberry, 565.
Fouquet, 532.
Fournel, 820.
Fournier, 22, 389, 392, 558.
Frænkel, 339.
Frank, 380.
Fraser, 711.
Freeland-Barbour, 710.
Freudenthal, 733.
Frey, 279, 768.
Fricker, 160, 245.
Friedlander, 661.
Frisco (B.), 57.
Frœlich, 771.
Fromaget, 634.
Furniwall, 461.
Fürst, 227.

G

Gabritschewsky, 13.
Galezowski, 162, 389.
Galgey, 270.
Gallant, 337.
Galliard, 552.
Gallois, 10, 188, 225, 444, 631, 841.
Gariette, 311.
Garmacheff, 603.
Garrigou, 356.
Gaucher, 485, 525.
Gaussel, 165.
Gautier (Armand), 175.
Gayet, 385.
Gellhorn, 388.
Geoffroy (Jules), 588, 639.
Gérard-Marchant, 377, 811.
Gibney, 408.
Gieure, 94.
Gilbert, 422, 445, 500, 530, 777.
Gilles de la Tourette, 592.
Gillet, 32, 320.
Gingeot, 308, 352.
Giovannini, 676.
Girard, 131.
Glénard, 301, 304.
Glover, 600.
Goarçon, 275.
Goguel, 190.
Goldenberg, 853.
Golfarb, 859.
Gorbatscheff, 604.
Gorbgunoff, 24.
Gorschoff, 242.
Goschinsky, 241.
Gosio, 751.
Goubareff, 167.
Gould (Pearce), 49.
Goundobine, 242.
Gourine, 333, 334.
Goussakoff, 596.
Goutscharenko, 592.
Gradenigo, 454.
Graille, 16.
Grammatikati, 495.
Grammatschekoff, 12.
Grancher, 160.
Grand-Clément, 594.
Grande, 338.
Grasset, 97, 170, 680, 701.
Graüpner, 451.
Gregor (Mac), 316.
Grellety, 680.
Grinda, 630.
Gros, 453.
Grosclaude, 230.
Grosdinsky, 632.
Gross, 306.
Grossard, 91.
Groubé, 95.
Gueorguiyewsky, 306.
Gueringue, 740.
Guerzogue, 281.
Guesselewitsch, 696.
Gunsbourg, 99.
Guth, 751.
Gutmann, 243.
Guyon, 166, 852.
Guyot, 487.

H

Haegler-Passavant, 307.
Hagopoff, 488.
Halliday, 345.
Hallopeau, 85, 236, 278.
Hammer (D.), 118.
Hamonic, 244, 782.
Hare (H.-A.), 349.
Harrisson, 17.
Hartmann, 770, 784, 812, 854.
Hayem, 429, 843
Hebra (von), 209.
Heil, 135.
Helferich, 526.
Hennecart, 822.
Henrotay, 528.
Henrotin, 61.
Herhold, 133.
Hermary, 168, 454.
Hernette (J.-B.-L.), 122.
Herrgott, 280.
Heryng, 342.
Herzfeld, 53, 591.
Heydenreich, 157, 749, 771.
Hirschberg, 313.
Hirschfeld, 194.
Hirschfelder, 374.
Hodara, 561.
Höfer, 307.
Hoffa, 378.
Hofmeier, 61.
Hogge, 526.
Hollander, 741.
Holme Wiggin (Frederick), 158.
Hohr (Juan L.), 659.
Holstein (Vladimir de), 630.
Homans, 418.
Horbaczenski, 599.
Horovitz, 166.
Hotaling, 95.
Heuel, 325, 357, 554.
Howard Kelley, 25.
Huchard, 19, 154, 177, 274, 380, 411, 443, 493, 553, 693.
Hugues, 57.
Hutinel, 374, 657.
Hygino de Sousa, 164.

I

Ide (C.-E.), 278, 787.
Isnard, 852.
Israël, 99.
Iterson (van), 695.

J

Jacob, 703.
Jacobson (Nathan), 408.
Jacoby, 631.
Jacovidès, 311.
Jacquet, 389, 530.
Jaisohn, 455.
Jalaguier, 377.
Janet (Jules), 793, 829.
Jankelewitch, 637.
Jaskievitz, 188.
Javal, 384.
Jaworski, 368, 642, 668.
Jematzky, 666.
Jocqs, 163.
Johnston (George Ben), 417.
Jolkoff, 344.
Jonnesco, 95, 128, 315, 518, 616, 673.
Joseph, 596, 671.
Josias (A.), 32, 115, 206, 491.
Jouin, 820.
Juge (C.), 134.
Julliard, 192.
Jullien, 10.
Justin Dominique, 453.

K

Kadkine, 597.
Kafemann, 235.
Kagembek, 480.
Kalinine, 340.
Kalinowski, 772.
Kalt, 413.
Kamenskaïa-Tschepetowa, 60.
Kammerer, 305.
Kedroff, 230.
Keen, 555.
Keerfsmaecker, 526.
Kernig, 776.
Kilmer, 739.
King (E.), 193.
Kirchner, 199.
Kirmisson, 408, 810.
Kirsch, 712.
Kisch, 156.
Klein, 303.
Klemperer, 134.
Klimenko, 15.
Knapp, 817.
Koch (Robert), 249.
Koehler, 166.
Koenig, 414.
Kœnigstein, 523.
Kœrte, 377.
Kohn, 448.
Kolbassenko, 331, 769.
Kolle (W.), 117.
Koroleff, 602.
Kosminski, 189.
Kosoboudski, 848.
Kostersky, 849.
Kotschorowsky, 117.
Kountchiwritsch, 280.
Kozlowsky, 192, 422.
Kraisky, 738.
Kraus, 351.
Krivonogoff, 126, 701.
Kuborn, 597.
Kummel, 630.
Kyssèle, 90, 482, 521.

L

Labru, 693.
Lacompte, 341.
Lalesque, 324.
Lambotte, 13.
Lambotte (Albin), 376.
Lambret, 695.
Lancereaux, 450.
Lanckton-Foster, 58.
Landerer, 712.
Landolt et Gygax, 65.
Landolt, 413.
Landouzy, 864.
Lane, 236.
Lanessus, 192.
Lang, 713.
Lange, 418.
Langle, 93.
Lannelongue, 475, 501, 532.
Lannois, 767.
Lanz, 242.
Laskine, 396, 434.
Lasserre, 767.
Latzko (W.), 662.
Laurens, 464.
Laurent (L.), 193.
Laval, 301.
Lavista, 815.
Lawrinowitsch, 100.
Lawson-Tait, 348.
Lebedeff, 348.
Leblond, 92.
Lebrun, 815.
Leche, 592.
Le Dentu, 585, 608, 680, 734.
Le Fur, 819.
Legendre, 48, 302, 844.
Le Gendre, 155, 225, 404.
Le Goff, 480.
Legueu, 23, 24, 25, 428, 852.
Leick, 591.
Lejars (Félix), 190, 535.
Le Jeune, 566.
Lemoine, 459, 557, 813.
Lennander, 562.
Leonté, 159.
Lermoyez, 233.
Lesage, 393, 757.
Lesine, 639.
Lesly, 127.
Levschine, 118.
Levy (Leone), 854.
Lévy (G.), 235.
Lewacheff, 603.
Lewenberg, 209.
Lewin, 64.
Lewis (Daniel), 118.
Lewis-Stimson, 87.
Leyden, 641, 738.
Liantz, 853.
Liboff, 280.
Lichtwitz, 189.
Liégeois, 493.
Lindemann, 351.
Linossier, 483, 767.
Lion, 429.
Livet (Guillaume), 527.
Loewenthal, 562.
Lombe-Atthill, 529.
Longuet, 90.
Lorenz, 519, 626.
Loumeau, 746, 783.
Lucas-Championnière, 587.
Lutaud, 417, 532.
Luyten, 464.
Lyman-Greene, 117.
Lyon (Gaston), 39, 68, 188, 609, 650, 686.
Lyssenkoff, 340.

M

Maas, 712.
Maberly (John), 307.
Mabille (Léon), 99.
Macewen, 624.
Mackenzie (Hector), 303.
Magnus-Moeller, 343.
Mairet, 198, 382.
Majocchi, 525.

Malcolm-Morris, 637.
Malioutine, 342.
Malot, 243.
Mandelberg, 27.
Mandelstamm, 117.
Manges (Morris), 227.
Mantegazza, 455.
Marage, 343.
Marandon de Monteyl, 54.
Marfan, 62, 207.
Mariantschik, 241.
Marie, 480.
Marion (Georges), 464.
Markoff, 453, 635.
Marmonnier, 61.
Marshall, 560.
Martin, 383, 489.
Martin (Edouard), 86.
Martin (Marius), 709.
Martin (Rémond), 103.
Marwedel, 378.
Masselon, 817.
Massini, 521.
Mathieu, 48, 115, 320, 329, 372, 403, 468, 767.
Maurange, 535, 776, 847.
Maurel, 335.
Maygrier, 530.
Mayoux, 50.
Mazet, 22.
Meisl, 700.
Ménachem, 311.
Ménard, 376.
Mendy, 120.
Menziès-Hutton, 339.
Mérigot de Treigny, 667.
Merklen, 51, 305.
Mermet, 664, 846.
Mets (De), 163.
Meurisse, 281.
Meyer, 634.
Michaleff, 492.
Michaux, 735.
Micheli, 712.
Michnoff, 639.
Miculicz, 586.
Mignon, 842.
Mikailoff, 343.
Mikoulitsch, 630.
Mikulicz, 695.
Miller, 230.
Moissonnier, 93.
Molènes (De), 267.
Moltschanoff, 484.
Monbougran, 131.
Moncorvo, 808.
Mongour, 701.
Monlonguet, 770.
Monod, 345, 408, 773.
Monprofit, 747, 748.
Montagnon, 588.
Montenuis, 28.
Montprofit, 60.
Moor (De), 350.
Morange, 767.
Morax, 414.
Morel-Lavallée, 188, 222, 465, 801.
Morkotoune, 90.
Morris, 527.
Morse (Thomas), 379.
Mossa-Schvilli, 407.
Motz, 638, 745.
Moure, 739.
Moury, 736.
Moussatoff, 458.
Moutard-Martin, 10
Mudd, 418.
Mulé (E.), 58.
Müller, 337.
Muller, 592.
Muller-Kannberg, 455.
Munro-Smith, 607.
Murier, 810.
Musehold, 245.
Myszynska, 17.

N

Naamé (C.), 270, 317, 423.
Nagoubnoff, 269.
Natanson, 817.
Nefedeff, 333.
Nemirowsky, 490.
Nephedeff, 659.
Neumann, 571.
Nicolaier, 598.
Nicolich, 746.
Nitos, 709.
Nobelle (De), 269
Nocard, 550.
Noorden, 170.
Northrup, 135.
Nové-Josserand, 94.
Novosselsky, 859.
Nowak, 421.

O

Oberthur, 284.
Oertel, 406.
Olaechea (Max-Gonzalez), 382.
Olaya Laverde, 706, 818.
Olinières, 63.
Olshausen, 490.
Ordine, 787.
Orloff, 455.
Ortega, 131.
Ostankoff, 20.
Ott, 445, 660.
Oui, 529.
Ouskoff, 772.
Ovid Moor, 157.

P

Packard, 456.
Palmer, 314.
Pankaloff, 600.
Pansier, 522.
Parinaud, 522.
Parizeau, 23.
Parvin, 495.
Paschkewitsch, 415.
Pasteau, 819.
Pasternatzky, 407.
Patein, 225, 733.
Pauchet, 820.
Pauthier, 356.
Pavloff, 737.
Pavone, 852.
Péan, 129, 240, 585, 632.
Peaudecerf, 599.
Péchin (A.), 147, 645.
Pedenko, 479.
Pénières, 773.
Percheron, 673.
Périmoff, 272.
Petgès, 456.
Petit, 841.
Petit (P.), 239, 820.
Petit (René), 12.
Petrescu, 231.
Petruschky, 775.
Peyrot, 377, 447, 810, 811.
Pfannenstiel, 240.
Phedran (Mac), 412.
Philippovitch, 849.
Philippson, 633.
Piaget, 130.
Picchini, 17.
Pichevin (R.), 428, 499.
Pierracini, 852.
Pinard, 204.
Pini, 343.
Pitha, 783.
Platt, 555.
Plicque, 780.
Plugge, 388.
Pluymers, 596.
Pobiedinsky, 27, 97.
Podgorny, 460.

Poggi, 22.
Poitout, 23.
Polyvektoff, 479.
Poncet, 228, 772.
Pope (Franck), 269.
Popper, 339.
Pospeloff, 165.
Poteienko, 336, 675.
Poteinenko, 306, 336, 675.
Potterat, 772.
Pouchet, 84, 115, 187.
Pousson, 60, 554, 781.
Pozzi (A.), 565.
Pozzi (S.), 204.
Prédal, 672.
Preiss, 599.
Prieur, 495.
Proust, 320, 536.
Pylkoff, 341.

Q

Quénu, 90, 408, 481, 518.

R

Radestock, 825.
Radtschewtisch, 415.
Rae (Geo. A.), 823.
Ramm, 417, 744.
Randall, 279.
Ranglaret, 130, 350.
Ratjen, 88.
Ratschinsky, 712.
Raymond (F.), 195.
Reboul, 24.
Reclus (Paul), 15, 304, 446, 447, 488.
Regnier, 67, 418, 703.
Reilly, 334.
Reinhardt, 519.
Rendu, 161, 305.
Renzi (de), 89, 310, 337.
Reverdin, 792.
Reymond, 854.
Reynier, 122, 291, 489, 784.
Ricard, 240.
Richard d'Aulnay (G.), 182, 680.
Riche, 228.
Richelot, 25.
Rieck, 64, 751.
Riedel, 336.
Rieffel, 86.
Riegler, 100.
Riper (Van), 26.
Ritter, 169.
Roberts (John), 272, 381.
Robin (Albert), 14, 226, 386, 661, 788, 845.
Robinson, 301, 455.
Rochon, 89.
Rochon-Duvigneaud, 312, 384, 484.
Roersch, 597.
Rohmer, 21, 634, 816.
Romme, 238.
Romniceano, 237.
Roques, 93.
Rose (William), 811.
Rosenbaum, 495.
Rosenheim, 589.
Rosenstadt, 603.
Roskam, 316.
Rosoff, 232.
Rossier, 490.
Rostofftcheff, 89.
Rotch, 412.
Roubtzoff, 788.
Roudine, 484.
Roudneff, 90.
Routier, 190.
Roux (J.-Ch.), 15.
Roux (de Lausanne), 630.
Ruge, 97.
Rumpf, 450, 590.

S

Sabino Coelho, 819.
Sabouraud, 279.
Sabrazès, 189.
Sack, 568.
Sadowsky, 97.
Saenger, 383, 520.
Sahli, 65.
St-Goldspiegel, 20.
Samani, 556.
Sanger, 279.
Santesson, 640.
Santos-Fernandez, 413.
Sapeisko, 133.
Scarenzio, 560.
Schalenkamp, 165.
Schalita, 697.
Schamraieff, 206.
Schatzky, 597.
Schauta, 239.
Schenguelidzé, 449.
Scheppegrell, 705.
Schick, 784.
Schiff, 388.
Schimanowsky, 412.
Schlapobersky, 855.
Schmetz, 792.
Schmey (Fedor), 824.
Schmidt, 403.
Schmiguelsky, 228.
Schmitt, 563.
Schnitzler (J.), 123, 662.
Schœffer, 598.
Schonwerth, 88.
Schorstein, 628.
Schoull, 520.
Schreiber, 750.
Schubert, 707.
Schuh, 132.
Schuhl, 565.
Schulianski, 54.
Schuller, 661.
Schultze, 345.
Schulz, 556.
Schumburg, 208.
Schwab, 346.
Schwartz, 158, 228, 408, 482, 554, 810.
Schwersenski, 857.
Sebileau (P.), 120, 202, 763.
Segall, 716.
Segond, 204, 205, 735.
Seibel Nolda, 352.
Seifert, 424.
Seiss (Ralph.-W.), 129.
Seletzky, 340.
Sématsky, 695, 736.
Semet, 599.
Senator, 738.
Senfft, 710.
Sérafine, 481.
Severeanu, 664.
Sevestre, 84, 187, 824.
Shattuck, 411.
Shepherd, 698.
Sila-Nowitsky, 415.
Simon (J.), 245.
Simonelli, 23.
Siredey, 17, 480.
Smirnoff, 485.
Socin, 519.
Solis-Cohen (Salomon), 63.
Sollier, 20.
Solovieff, 349.
Somma (Ettore), 567.
Sonnenberger, 424.
Sonnenburg, 409, 630.
Souchon, 410.
Soupault (M.), 105.
Spencer, 605.
Spencer (George-W.), 554.
Spencer (Ralph), 127.
Spengler, 92.

Sprecher, 455.
Srotschinsky, 636.
Stadelmann, 89, 850.
Staffel, 587.
Stark, 314.
Stauford-Morton, 57.
Steeg, 751.
Stein, 95.
Steinhof, 126.
Steinschneider, 598.
Stern, 200.
Stewart, 334.
Stolipinsky, 749.
Stone (R.-M.), 167.
Strachoft, 308.
Stremjinsky, 313.
Swiajeninoff, 191.
Sylva, 850.

T

Taillefer, 133.
Tarnovsky, 525.
Tasfilly, 680.
Teheideler, 346.
Terrien, 856.
Terrier, 124, 125, 784.
Terson, 311, 312, 594.
Thayer, 676.
Thibierge, 132.
Thiele, 451.
Thiercelin, 838.
Thomas, 302, 636.
Thompson (Harry), 271.
Tichoff, 277.
Tikanadze, 604.
Tillaux, 519.
Tison, 640.
Tollenaère (de), 208.
Tomasini, 198.
Tommasoli, 455, 665.
Tourowsky, 344.
Trapp, 699.
Treille (Alcide), 118.
Trojanoff, 416.
Trophimoff, 666..
Trouchaud, 334.
Trousseau, 310, 385.
Trunecek, 336.
Tschigaieff, 633.
Tuffier, 228, 624, 672, 737.

U

Ullmann, 209.
Unna, 135, 386, 677, 750.

V

Vacher, 414.
Valade, 817.
Valentin, 52.
Valentine, 561, 598.
Valude, 21, 94.
Vanach, 666, 696.
Vandenbossche, 637.
Vanderveer, 418.
Vanverts, 123, 773.
Variot, 600.
Varnek, 666.
Vasilieff, 88.
Vassilenko, 738.
Vaughan (Victor), 494.
Vautrin, 771.
Vedel, 483.
Vedeler, 528.
Velber, 119.
Veliaminoff, 410.
Venuti, 556.
Vian, 414.
Vicol, 664.
Vieillard (Camille), 176.
Vienne, 334.
Viggo Essmann, 564.
Vignes, 594, 595.
Vilé, 119.
Villard, 600.
Villeroy, 756.
Vinci, 187.
Vires, 198, 382.
Vischemirsky, 597.
Vischpolsky, 198.
Vogt, 115, 381.
Voisin, 632.
Volland, 449.
Voodruf, 788.
Voskresstensky, 770.
Vosxressensky, 704.
Vyschpolsky, 734.

W

Wagner, 379, 812.
Waldvogel, 750.
Walker (John), 274.
Walton (L.), 696.
Warner, 30.
Watkins, 26.
Weber, 232.
Wecker (de), 385, 634.
Weiss (Mac), 641.
Wertheim, 490.
White, 744, 852.
Whitney (Herbert), 276.
Whittaker, 412.
Wicot, 553.
Wilcox, 669.
Wilder (William H.), 163.
Williams, 412.
Wilms, 192.
Winson-Ramsey, 520.
Winter, 563.
Winternicz, 171.
Winternitz, 459, 604.
Wischpolsky, 52.
Witte, 61.
Wolkowitsch, 191.
Woolsey, 272.
Wyder, 458.

X

Xoroleff, 602.

Y

Yakeine, 486.
Yakimoff, 452.
Yakokleff, 337.
Yakoveleff, 232.
Yakowleff, 666.
Yarochewsky, 233.
Yatconta, 55.
Yatcouta, 277.
Yaveine, 733.
Yavorsky, 459.
Ydanoff, 244.
Yvon, 530.

Z

Zajailoff, 663.
Zakrjewsky, 91.
Zamouravkine, 449.
Zaroubine, 23.
Zelensky, 459.
Zeman, 310.
Zematzky, 709, 848.
Zepler, 96.
Zeutowsky, 563.
Ziegelroth, 605.
Zolotarine, 661.
Ziemssen, 738.
Zolotavine, 480.
Zoltan v. Vamossy, 540.
Zydlowicz, 167.
Zyssenkoff, 627.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

Alcaloïdes de l'opium (action des) sur les mouvements péristaltiques, 540.

Alimentation des malades au moyen d'un lait modifié, 368. — dans les cas de gastro-entérites aiguës des nourrissons, 757.

Annexes (traitement des affections des) par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse, 291.

Anurie chez un albuminurique, guérison en douze heures, 141.

Appendicites (des), leur traitement, 69.

Ataxie (traitement par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale), 321. — locomotrice (traitement de l'), 285.

Bichlorure de mercure (traitement de la syphilis par les injections de), 361.

Blennorrhagie (traitement de la), 793, 829.

Bronchites chroniques (traitement des), 39.

Broncho-pneumonie infantile grave (hématocatarsis dans un cas de), 357.

Bulbaires (sur une variété d'intoxication intestinale accompagnée de phénomènes), 393.

Castration double chez un prostatique, 6.

Chlorose (diagnostic et traitement de la), 177. — (théorie nouvelle de la), emploi du thymus, 259.

Colite muco-membraneuse, son traitement, 717.

Colonne vertébrale (traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée de la), 321.

Corps thyroïde (ablation du) dans le cas de goitre exophtalmique, 537.

Crane (traitement des fractures du), 763.

Crevasses (traitement des), 222.

Electrolyse (traitement des affections de l'utérus par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'), 291.

Enfants (entérite muco-membraneuse chez les), 213.

Engelures (traitement des), 222.

Entérite muco-membraneuse chez les enfants, 213. — muco-membraneuse (traitement de l'), 468.

Entropion cicatriciel (considérations sur le traitement opératoire de l'), 147.

Enveloppement humide contre l'insomnie des neurasthéniques, 182.

Eruptions pathogénétiques (des exceptions aux lois qui régissent les intolérances médicamenteuses et les), 465.

Fièvre puerpérale (du traitement de la), 396, 434.

Fractures du péronée (traitement massothérapique des), 33. — du crâne (traitement des), 763.

Gastrites (traitement des), 429.

Gastro-entérites aiguës des nourrissons (alimentation dans les cas de), 757.

Gastrosuccorrhée et son traitement, 609, 650, 686.

Gerçures (traitement des), 222.

Goitre exophtalmique (ablation du corps thyroïde dans le cas de), 537.

Hématocatarsis dans un cas de broncho-pneumonie infantile grave, 357.

Hernie inguinale (technique de la cure de la) par la méthode sclérogène, 475, 501.

Holocaïne (l') en ophtalmologie, 438.

Hydrothorax double et œdème pulmonaire suraigus (anurie chez un albuminurique), 141.

Hyperchlorhydrie et hypersténie gastrique, 105.

Hypersthénie gastrique (hyperchlorhydrie et), 105.

Infections de l'enfant (traitement des), par l'exposition à l'air, 838.

Injections intra-musculaires de bichlorure de mercure (traitement de la syphilis par les), 361.

Insomnie des neurasthéniques (de l'enveloppement humide contre l'), 182.

Intolérances médicamenteuses (exceptions aux lois qui régissent les), 465.

Intoxication intestinale accompagnée de phénomènes bulbaires (sur une variété d'), 393.

Lait modifié (alimentation des malades au moyen d'un), 368. — fermentés (valeur nocive des), 657.

Mal de Pott (traitement du), 573.
Marine (cure) dans la tuberculose pulmonaire, 324.
Massage vibratoire de la muqueuse des voies aériennes supérieures, 681.
Massothérapique (traitement) des fractures du péronée, 33.
Mouvements péristaltiques (action des alcaloïdes de l'opium sur les), 540.
Néphropexie. Description d'un nouveau procédé opératoire, 616.
Neurasthéniques (de l'enveloppement humide contre l'insomnie des), 182.
Œdème pulmonaire suraigu (hydrothorax double et); anurie chez un albuminurique, 141.
Ophtalmologie (emploi de l'holocaïne en), 438.
Opium (action des alcaloïdes de l') sur les mouvements péristaltiques, 540.
Opothérapie, 1.
Oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse (traitement des affections de l'utérus par l'), 291.
Péronée (traitement massothérapique des fractures du), 33.
Peste bubonique (notes sur le traitement de la), 109.
Pleurésie sèche (séméiologie et traitement de la), 801.
Pott (traitement du mal de), 573.
Prostatique (castration double chez un), 6.
Ptosis (opération du), 645.
Puerpérale (traitement de la fièvre), 434.
Sclérogène (technique de la cure de la hernie inguinale par la méthode), 475, 501.
Syphilis (traitement par les injections intra-musculaires de bichlorure de mercure), 361.
Thymus (théorie nouvelle de la chlorose, emploi du), 259.
Tuberculine (nouvelles préparations de), 249.
Tuberculose pulmonaire (cure marine dans la), 324.
Utérus (traitement des affections de l') par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse, 291.
Voies aériennes supérieures (massage vibratoire de la muqueuse des), 681.

ANALYSES

Maladies infectieuses

(Dr Lesage)

Actinomycose (diagnostic et traitement de l'), 332. — (valeur de l'iodure de potassium dans le traitement de l'), 660.
Amidon ioduré (traitement du choléra par l'), 117.
Ankylostome (traitement des accidents provoqués par l'), 270.
Antidiphtérique (action de la durée de conservation sur les propriétés curatives du sérum), 12. — (indications et mode d'emploi du sérum), 550. — (sérum), effets physiologiques et cliniques, 12.
Antiseptique (méthode) dans le traitement de la fièvre typhoïde, 227.
Antistreptococcique (érysipèle traité par le sérum), 269. — sur un cas de septicémie streptococcique (traite par le sérum), 479. — (sur un cas de tétanos traité par le sérum), 479.
Antitétanique (traitement du tétanos par le sérum), 550.
Antitoxique (fièvre typhoïde traitée par le sérum), 269. — (méthode dans le traitement de la fièvre typhoïde), 227.
Bain local au biiodure de mercure (traitement du tétanos par le), 332.
Behring (traitement de la diphtérie par le sérum antidiphtérique de), 118.
Biiodure de mercure (traitement du tétanos par le bain local au), 332.
Bleu de méthylène (traitement du typhus récurrent par le), 333, 659.
Broncho-pulmonaires (complications) de la rougeole, 374.
Cachexie paludéenne (fer en injections hypodermiques dans la), 270.
Calomel (traitement de l'influenza par le), 733.
Cheval (sérum de) contre la diphtérie, 270.
Choléra asiatique (immunisation préventive de l'homme vis-à-vis du), 117. — (traitement du) par l'amidon ioduré, 117.
Congénère (le sang de) dans la tuberculose acquise, 227.
Croup (vapeur d'eau dans le traitement du), 810.
Diphtérie (la sérothérapie et le sublimé corrosif dans la), 331. — (sérum du cheval contre la), 270. — (traitement de la) par le sérum antidiphtérique de Behring, 118.
Diphtériques traités par le sérum (du tubage chez les), 331.

Erysipèle (traitement de l'), 269. — (traitement de l') par l'ichtyol, 734. — par le sublimé, 270. — traité par le sérum antistreptococcique, 269.

Fer en injections hypodermiques dans la cachexie paludéenne, 270.

Fièvre quarte (sérothérapie dans la), 118. — typhoïde (4 cas traités par le sérum antitoxique), 269.

Ichtyol dans la variole (l'), 331, 769. — (traitement de l'érysipèle par l'), 734.

Immunisation préventive de l'homme vis-à-vis du choléra asiatique, 117.

Influenza (traitement par le calomel), 733.

Injections hypodermiques dans la cachexie paludéenne (fer en), 270.

Iodure de potassium (valeur de l') dans le traitement de l'actinomycose, 660.

Lactophénine (valeur de la) dans la fièvre typhoïde, 407.

Mercure (traitement de la tuberculose par le), 270.

Morsures des serpents chez l'homme et les animaux (emploi du sérum antivenimeux contre les), 375.

Oxytoxines (traitement de la tuberculose par les), 374.

Peste bubonique (traitement pharmaceutique de la), 333.

Propriétés curatives du sérum antidiphtérique (action de la durée de conservation et de température sur les), 12.

Rage (la méthode roumaine du traitement de la), 809.

Récurrente (sérothérapie de la fièvre), 13.

Rougeole (complications broncho-pulmonaires de la), 374. — (tubage et trachéotomie dans le croup compliquant la), 188.

Roumaine (la méthode) de traitement de la rage, 809.

Septicémie streptococcique traitée par le sérum antistreptococcique, 479.

Séro-diagnostic (le) de Widal et la possibilité de le faire sans employer le microscope, 117.

Sérothérapie antidiphtérique, 118. — dans la fièvre quarte, 118. — de la fièvre récurrente (bases de la), 12. — (la) dans la diphtérie, 331.

Sérum antistreptococcique (le), 733. — antitétanique (guérison d'un cas de tétanos par dix injections de), 810. — antivenimeux (emploi du) contre les morsures des serpents, 375. — de cheval normal et immunisé contre la diphtérie (propriétés bactéricides comparatives du), 270. — de Marmorek, 479. — (du tubage chez les diphtériques traités par le), 331. — (étude comparée des), 12.

Sublimé corrosif (le) dans la diphtérie, 331. — (traitement de l'érysipèle par le), 770.

Suralimentation (la) chez les typhiques, 117.

Tétanos (traitement du) par le bain local au biiodure de mercure, 332. — traité par le sérum antitétanique, 479. — (traitement du) par le sérum antitétanique, 550. — (guérison d'un cas) traité par dix injections de sérum antitétanique, 810.

Tubage chez les diphtériques traités par le sérum (du), 331.

Tuberculine (la nouvelle), 659. — de Koch (la nouvelle), 733.

Tuberculose acquise (le sang de congénère dans la), 227. — (traitement de la) par le mercure, 270. — (traitement par les oxytoxines), 374.

Typhiques (la suralimentation chez les), 117.

Typhoïde (traitement de la fièvre), 227. — (traitement de la fièvre) et des typhiques, 657. — valeur de la lactophénine dans la fièvre), 407.

Typhus récurrent (traitement par le bleu de méthylène), 333. — récurrent (bleu de méthylène dans le), 659.

Vapeur d'eau dans le traitement du croup, 810.

Variole (l'ichtyol dans la), 331. — (de l'ichtyol dans la), 769.

Widal (le séro-diagnostic de) et la possibilité de le faire sans employer le microscope, 117.

Maladies générales non infectieuses

Maladies de la nutrition et intoxications

(Dr Chassevant)

Albuminurie diabétique (traitement de l'), 661.

Alcalins (rôles des) dans le traitement de la diathèse uratique, 227.

Alcoolisme chronique (traitement de l') par la suggestion, 663. — (traitement de l') par la strychnine, 406.

Anémie (traitement de la polysarcie avec), 156.

Bleu de méthylène (diabétique traité par ingestion de), 480.

Bromoforme (un cas d'empoisonnement par le), 156.

Broncho-pneumonie grippale (bons effets de l'hématocatharsis dans la), 335.

Cancer (de l'extrait de chelidonium majus dans le), 119. — incurable (traitement des cas de), 118. — (sérothérapie du), 13. — (traitement du) par l'extrait de chelidonium majus, 228.
Cancéreux (traitement des) par le chelidonium majus, 119.
Cancérose et son traitement au moyen des ferments purs, 624.
Chaux (rôle de la) dans le traitement de la diathèse uratique, 227.
Chelidonium majus (traitement des cancéreux par le), 119. — majus (traitement du cancer par l'extrait de), 228.
Chloro-anémie (traitement de la) et spécialement de celle dite chlorose, 116.
Chlorose (traitement de la), 151, 226, 303, 843.
Chylurie (traitement de la) par l'ichtyol, 808.
Cyanhydriques (action du nitrate de cobalt dans les intoxications par les combinaisons), 407.
Diabète insipide (action de l'hydrate d'amylène sur le), 156. — sucré (opothérapie hépatique dans le), 445.
Diabétique (comment meurent les) et comment ils doivent vivre, 844. — traité par ingestion de bleu de méthylène, 480.
Diathèse uratique (rôle des alcalins dans le traitement de la), 227.
Diète carnée cachexive (valeur de la) dans certains cas de goutte chronique, 552.
Empoisonnement par la poudre de pyrèthre, 187. — saturnin aigu (hémiplégie rapide apparaissant au cours d'un), 304. — (un cas d') par le bromoforme, 156.
Ferments purs (cancérose et son traitement au moyen des), 624.
Glande thyroïde (traitement des formes chirurgicales du goitre par les préparations de), 481.
Goitre exophtalmique (le), 228. — plongeant (guérison par le traitement thyroïdien d'un), 189. — (traitement des formes chirurgicales du) par les préparations de glande thyroïde, 481. — (thérapeutique médicale du), 768. — (traitement du) au moyen d'injections parenchymateuses, 768.
Goutte chronique (valeur de la diète carnée cachexive dans certains cas de), 552.
Graves (traitement de la maladie de) par l'emploi du thymus, 303.
Halloïdes et leurs sels (traitement des intoxications par les), 334.
Hématocatharsis (bons effets de l') dans un cas de broncho-pneumonie grippale, 335.
Hémiplégie rapide apparaissant au cours d'un empoisonnement saturnin aigu, 304.
Hydrate d'amylène (action de l') sur le diabète insipide, 156.
Injections de cultures du streptocoque en chaînette de l'érysipèle (traitement des tumeurs malignes par les), 118.
Intoxications par les combinaisons cyanhydriques (action du nitrate de cobalt dans les), 407. — (traitement des) par les halloïdes et leurs sels, 334.
Lactique (acide) dans un cas de rhumatisme noueux chronique, 480. — (acide) dans le rhumatisme noueux, 661.
Lombago (diagnostic et traitement du), 227.
Lymphatisme (traitement du), 841.
Myxœdème traité par la thyroïdine, 480.
Nitrate de cobalt (action du) dans les intoxications par les combinaisons cyanhydriques, 407.
Nitrite d'amyle (empoisonnement par le), 120.
Obésité (nature et traitement de l'), 406. — (traitement de l'), 845.
Opium (traitement de l'empoisonnement par l') par le permanganate de potasse, 157.
Opothérapie hépatique dans le diabète sucré, 445.
Organothérapie (étude de l') dans l'ostéomalacie, 662.
Ostéomalacie (étude de l'organothérapie dans l'), 662. — (traitement de l') par le phosphore, 189.
Ovarine (action thérapeutique de l'), 14.
Oxyde de carbone (intoxication massive par l'), 334.
Parenchymateuses (traitement du goitre au moyen d'injections), 768.
Permanganate de potasse (traitement de l'empoisonnement par l'opium par le), 157.
Phosphore (traitement de l'ostéomalacie par le), 189.
Polysarcie (traitement de la) avec anémie, 156.
Rhumatismales (traitement de Tallerman-Sheffield dans les affections), 334.
Rhumatisme (applications locales du salicylate de méthyle dans le), 480. — articulaire (le salophène dans le), 552. — articulaire chronique (traitement du), 445. — blennorrhagique (traitement hydrargyrique du), 553. — chronique (le) et son traitement, 660. — noueux chronique (l'acide lactique dans un cas de), 480. — noueux (acide lactique dans le), 661.
Saignée-transfusion (la), 189. — (un cas d'intoxication massive par l'oxyde de carbone, traité par la), 334. — (utilisation de la) dans le lavage du sang, 335.
Salicylate de méthyle (application locale de) dans le rhumatisme, 480.
Salophène (le) dans le rhumatisme articulaire, 552.

Sang (utilisation de la voie stomacale et de la saignée dans le lavage du), 335.
Sérum de Hayem (intoxication massive par l'oxyde de carbone traitée par la saignée et le), 334. — streptococcique (traitement des tumeurs cancéreuses par le), 119.
Streptocoque en chaînette (traitement des tumeurs malignes par les injections de cultures du), 118.
Strychnine (traitement de l'alcoolisme par la), 406.
Suggestion (traitement de l'alcoolisme chronique par la), 663.
Tallerman-Sheffield (traitement de) dans les affections rhumatismales, 334.
Thymus (traitement de la maladie de Graves par l'emploi du), 303.
Thyroïdien (guérison par le traitement) d'un goitre plongeant, 189.
Thyroïdine (sur un cas de myxœdème traité par la), 480.
Tumeurs cancéreuses (traitement des) par le sérum streptococcique, 119. — malignes (traitement par les injections de cultures du streptocoque en chaînette de l'érysipèle), 118.
Urémies et leur traitement, 553. — (traitement des), 404, 443.
Voie stomacale (utilisation de la) dans le lavage du sang, 335.

Chirurgie générale

(Dr Benoit)

Abcès rétropharyngien aigu, 273. — rétrocæcaux dans les appendicites (traitement chirurgical des), 771. — (traitement des) d'après le procédé de Levacheff, 772. — froids pulsatiles du thorax, 811.
Abdomen (contusions de l'), 734, 811. — (expectation armée et laparotomie dans les contusions de l'), 120.
Ablation d'une pièce dentaire 22 mois après l'ingestion, 274.
Acide phénique (traitement des hémorroïdes par des injections d'), 697. — picrique en chirurgie, 483.
Amputation du rectum cancéreux (technique opératoire pour l'), 481.
Anastomose intestinale au moyen d'un anneau d'os décalcifié, 518.
Anévrismes du tronc brachio-céphalique (traitement des), 192. — traumatique (ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorales externes pour), 192.
Angiocholite (traitement chirurgical de l'), 518.
Angiomes (traitement des) par l'électrolyse, 86.
Ankylose de la hanche (traitement de l'), 519. — du coude (de l'intervention chirurgicale dans les), 190.
Anse oméga (le volvulus de l'), 273.
Anthrax (traitement de l'), 519.
Appendicite à forme pelvienne, 305. — chronique (comment traiter), 120. — et son traitement (de l'), 377. — grippale (traitement), 305. — (origine et traitement), 304. — suppurée opérée au septième mois de la grossesse, 273. — suppurée (bactériologie de l'), 305. — (traitement chirurgical des abcès rétro-cæcaux dans les), 771.
Artère et veine fémorales externes (ligature simultanée de l') pour anévrisme traumatique, 192.
Aseptique (méthode) pour le traitement des plaies échappant à l'action des germes, 586.
Bains de vapeur dans le traitement du lumbago traumatique, 772.
Baume du Pérou et huile de ricin comme topiques pour les plaies, 337.
Bec-de-lièvre (un nouveau procédé pour l'opération du), 664.
Bicarbonate de soude (compresses au) dans les suppurations, 306.
Bicyanure de mercure dans la pustule maligne, 230.
Bosse (brisement de la), 626. — (redressement des) d'après Calot, 666.
Botryomycose humaine (de la), 772.
Bottine pour pied bot, 587.
Bouton de Murphy, 666. — (valeur du), 378.
Bras (traitement plastique de la contracture cicatricielle du), 191.
Brome (traitement de l'ostéo-myélite chronique par le), 158.
Brulures (injections de sérum artificiel comme moyen de prévenir la mort dans les), 665. — (traitement picrique contre les), 85.
Buccale (des opérations dans la cavité), 410.
Calomel et iodoforme comme topiques réunis pour les plaies, 519.
Camphroxol (traitement des plaies par le), 812.
Cancer (action de l'extrait de chelidonium majus dans le), 306. — du rectum (indications opératoires), 770. — (traitement du), 554. — épithélial (guérison radicale du), 336. — (traitement du), 737.

Carie dentaire (traitement conservatoire de la), 447.
Carotide primitive et sous-clavière droites (traitement des anévrismes du tronc céphalique par la ligature simultanée de la), 192.
Cavernes tuberculeuses et gangrène pulmonaire, 624.
Cerclage dans les fractures de la rotule, 191.
Chelidonium majus (action de l'extrait de) dans le cancer, 306.
Chloroforme (recherches sur les effets et les accidents du), 121.
Citron (valeur du jus de) dans le traitement des plaies, 337.
Clavicule (traitement de la fracture de la) par l'incision et la suture, 554.
Colotomie précoce dans le traitement des tumeurs malignes du rectum, 811.
Contracture cicatricielle du bras (traitement plastique de la), 191.
Contusions de l'abdomen, 734. — de l'abdomen (expectation armée et laparotomie dans les), 120. — (traitement des) par le collodion mentholé, 317.
Corps étranger de l'œsophage chez l'enfant (application de la radiographie à un), 50. — du rectum, extraction, 811.
Cou (épithéliomes branchiogènes du), 772.
Coude (intervention chirurgicale dans les ankyloses du), 190.
Courant (l'irrigation rectale à double), 448.
Coxalgie au début (un signe nouveau de), 49. — (traitement de la), 408.
Crane (fracture par coup de feu de la base et de la voûte du), 271. — (traitement des fractures compliquées du), 336.
Dermatol en chirurgie (emploi du), 192.
Désarticulation de l'épaule, 627.
Désinfection par l'eau chaude et l'alcool, 159.
Déviations vertébrales (fixation apophysaire dans le traitement des), 588. — rachitiques des membres inférieurs (traitement des), 812.
Drainage pelvien chez l'homme, 771.
Duplay (de l'entérodèse par la méthode de), 50.
Electrolyse (traitement des angines par l'), 86.
Empyème du sinus maxillaire (de l'), 229.
Entérodèse par la méthode de Duplay, 50.
Epaule (arthrotomie pour les luxations de l'), 812. — (désarticulation de l'), 627. — (désarticulation de l') pour sarcome, 666. — (traitement opératoire des luxations irréductibles de l'), 409.
Epithéliomas (traitement des), 736.
Epithéliomes aberrants de la thyroïde, 772. — branchiogènes du cou, 772.
Erysipèle (traitement des tumeurs malignes par l'injection de toxines de l'), 336.
Estlander-Létiévant (opération d'), 230.
Euphorbe (traitement de la tuberculose par la résine d'), 773.
Excoriations du pied dues à la marche, 87.
Fascia transversalis (cure radicale de la hernie fémorale, opération de choix, anatomie du), 120.
Fistules fécales (exclusion unilatérale et totale de l'intestin dans le traitement des), 805. — fécale (traitement de la), 158.
Fixation apophysaire dans le traitement des déviations vertébrales, 588.
Foie (traitement des plaies du), 696.
Formol (traitement des plaies infectées par le), 585.
Fractures closes et luxations (incision exploratrice dans le traitement des), 272. — compliquées du crâne (traitement des), 336. — de la base et de la voûte du crâne par coup de feu, 271. — de jambe (les appareils de marche dans les), 446. — de la rotule (traitement des), 447. — du tibia (union vicieuse des), 49. — (le massage dans le traitement des), 272.
Gangrène pulmonaire (chirurgie du poumon), 624. — spontanée des extrémités avec douleurs, traitée par l'acide salicylique, 808.
Gastro-entérostomie, 306.
Gastro-jéjunostomie (un cas de), 519.
Gélatine (hémostase par la), 665.
Genou (résection extra-articulaire du), 191.
Germes (méthode aseptique pour le traitement des plaies échappant à l'action des), 586.
Gersuny (torsion du rectum par le procédé de), 335.
Gibbosité du mal de Pott (redressement brusque de la), 376. — du mal de Pott (traitement de la), 49. — pottiques (redressement brusque des), 408.
Goitre (chirurgie du), 698. — exophtalmique (résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le), 447. — exophtalmique (traitement chirurgical du), 585. — exophtalmique (traitement du), 228, 771. — exophtalmique (traitement opératoire du), 556.
Grossesse (appendicite suppurée opérée au septième mois de la), 273.
Hallus valgus (traitement chirurgical de l'), 664. — (orthopédique de l'), 846.
Hanche (opérations sanglantes dans les cas de luxation congénitale de la), 378. — (traitement de l'ankylose de la), 519.
Hémorragie au cours de l'opération d'Estlander-Létiévant, 230. — opératoires (injections mas-

sives intra-veineuses de sérum artificiel après les), 158.

Hémorroïdes (traitement des), 306. — (traitement des) par des injections d'acide phénique), 697.

Hémostase par la gélatine, 665.

Hernies abdominales (200 opérations radicales de), 664. — chez le nourrisson (cure radicale sanglante des), 771. — congénitale péritonéo-funiculaire, cure radicale par la myoplastie, 482. — (cure radicale de la), 587. — de la ligne blanche (nouveau traitement opératoire), 737. — fémorale (cure radicale), 120. — inguinales (nouveau procédé de cure radicale des) dérivé du procédé de Bassini, 518. — (ruptures intestinales traumatiques dans les), 695.

Herniotomie (simple procédé de), 664.

Huile de ricin et baume du Pérou comme topiques pour les plaies, 337. — figée (emploi d') pour empêcher la réunion des nerfs après leur section sous-cutanée, 121.

Hypertrophie douloureuse des mamelles ; mastopexie, 554.

Incision exploratrice dans le traitement des fractures closes et des luxations, 272.

Injections massives intra-veineuses de sérum artificiel après les hémorragies opératoires, 158. — salines intra-veineuses dans les cas d'opérations graves, 87.

Intestin (exclusion de l'), 157. — (exclusion de l') dans le traitement des fistules fécales, 305. — (traitement chirurgical des tumeurs du gros), 771.

Iodoforme et calomel comme topiques réunis pour les plaies, 519.

Irrigation rectale à double courant (l'), 448.

Kélotomie (cure radicale après la), 86.

Kystes hydatiques du poumon, 772. — hydatiques de la rate (splénectomie pour), 812.

Laparotomie dans la péritonite par perforation généralisée, 696. — pour péritonite tuberculeuse, 482. — traitement post-opératoire consécutif à la), 272.

Lésions produites par les rayons X chez les professionnels de la radiographie, 193.

Ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables, 737.

Lithiases biliaires latentes (traitement des), 812.

Lumbago traumatique (bains de vapeur dans le), 772.

Luxation congénitale de la hanche (opérations sanglantes dans les cas de), 378. — de l'épaule (arthrotomie pour les), 812. — irréductibles de l'épaule (traitement opératoire des), 409.

Mal de Pott (traitement chirurgical du), 376. — de Pott (traitement du) chez les adultes, 408.

Mamelles (hypertrophie douloureuse des), 554.

Marche (les appareils de) dans les fractures de jambe, 446.

Massage (le) dans le traitement des fractures, 272.

Maxillaire inférieur (dédoublement du), 735. — inférieur (traitement des fractures du), 736.

Menthoxol (traitement des plaies par le), 812.

Mercure (bicyanure de) dans la pustule maligne, 230.

Myosplastie (cure radicale de la hernie congénitale péritonéo-funiculaire par la), 482.

Naphtoxol (traitement des plaies par le), 812.

Néoformations malignes (du sérum streptococcique dans les), 848.

Néoplasmes malins (sérothérapie dans les), 736.

Nerfs (compression des) par le tissu fibreux cicatriciel, 191.

Névralgies (traitement radical de certaines), 121.

Occlusion intestinale (traitement de l'), 735, 810.

Os (régénération des) par le périoste, 271.

Ostéo-myélite chronique (traitement des tuberculoses osseuses et de l') par le brome et ses dérivés, obtenus par voie d'électrolyse, 158. — et ostéosarcome (diagnostic de l') avec une forme spéciale de panpériostite du fémur, 408.

Parachlorophénol (traitement des plaies infectées par le), 585.

Périoste (régénération des os par le), 271.

Péritonite diffuse (traitement chirurgical de la), 377. — par perforation généralisée (laparotomie dans la), 696. — purulentes généralisées (traitement des), 377. — suppurée généralisée (traitement opératoire de la), 697. — tuberculeuse (laparotomie pour), 482. — tuberculeuse (traitement chirurgical de la), 847. — (traitement opératoire de la), 666.

Pied bot (bottine pour), 587.

Plaies artérielles (suture des), 736. — échappant à l'action des germes (méthode aseptique de traitement des), 586. — (huile de ricin et baume du Pérou comme topiques pour les), 337. — infectées (traitement des) par le formol, 585. — par la térébenthine glycérinée, 848. — (iodoforme et calomel comme topiques réunis pour les), 519. — (valeur du jus de citron dans le traitement des), 337.

Ponction lombaire (valeur de la), 192. — lombaire (valeur chirurgicale de la), 335.

Pott (traitement de la gibbosité du mal de), 49.

Poumon (chirurgie du), 190. — (chirurgie du), cavernes tuberculeuses et gangrène pulmonaire, 624. — (kystes hydatiques du), 772.

Pseudarthroses (traitement des), 272.

Pustule maligne (bicyanure de mercure dans la), 230.

Radiographie (application de la) à un corps étranger métallique de l'œsophage chez l'enfant, 50. — chirurgicale, 193. — (lésions produites par les rayons X chez les professionnels de la), 193.
Rate (splénectomie pour kystes hydatiques de la), 812.
Rectum (cancéreux) (technique opératoire pour l'amputation du), 481. — (colotomie précoce dans le traitement des tumeurs malignes du), 811. — (corps étrangers du), extraction, 811. (torsion du) par le procédé de Gersuny, 335. — (traitement du cancer du), 554. — (traitement des rétrécissements du), 409. — (indications opératoires du cancer du), 770.
Redressement des bosses d'après Calot, 666. — brusque de la gibbosité du mal de Pott, 376. — brusque des gibbosités pottiques, 408.
Résine d'euphorbe (traitement de la tuberculose par la), 773.
Rotule (procédé du cerclage dans les fractures de la), 191. — (traitement des fractures de la), 447. — traitement des fractures transversales de la), 337, 666.
Ruptures intestinales traumatiques dans les hernies, 695.
Sarcome (désarticulation de l'épaule pour), 666.
Sclérogène (résultats éloignés de la méthode), 812.
Scolioses graves (correction opératoire des), 626.
Sein (tumeurs du) chez l'homme, 408.
Sérothérapie dans les néoplasmes malins, 736.
Sérum artificiel (injections de) comme moyen de prévenir la mort dans les brûlures, 665. — streptococcique dans les néoformations malignes, 848.
Sinus maxillaire (de l'empyème du), 229.
Sous-clavière droite (traitement des anévrismes du tronc céphalique par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la), 192.
Soufre (emploi du) sur les ulcères septiques, 230.
Spinale (chirurgie), 699.
Splénectomie pour kystes hydatiques de la rate, 812.
Sternum (résection du) pour tumeurs, 555.
Suppurations (compresses au bicarbonate de soude dans les), 306.
Suture des plaies artérielles, 736. — (emploi du fil de bronze d'aluminium pour les), 307. — tendineuse, 554.
Sympathique cervical (résection bilatérale du grand) dans le goitre exophtalmique, 447.
Thorax (abcès froids pulsatiles du), 811.
Thyroïde (épithéliomes aberrants de la), 772.
Térébenthine glycérinée (traitement des plaies infectées par la), 848.
Tibia (union vicieuse des fractures du), 49.
Tissu fibreux cicatriciel (compression des nerfs par le), 191.
Toxines (traitement des tumeurs malignes par un mélange de), 307.
Transplantation nerveuse (un cas de), 159.
Tronc brachio-céphalique (traitement des anévrismes du), 192.
Tube digestif (chirurgie du), 695.
Tuberculoses osseuses (traitement des) par le brome), 158. — (traitement de la) par la résine d'euphorbe, 773.
Tumeurs du gros intestin (traitement chirurgical des), 771. — du sein chez l'homme, 409. — inopérables (ligatures atrophiantes dans les), 737. — malignes adhérentes au maxillaire inférieur, 735. — malignes (traitement des) par un mélange de toxines, 307. — malignes (traitement par l'injection de toxines de l'érysipèle), 336. — (résection du sternum pour), 555. — malignes du rectum (colotomie précoce dans le traitement des), 811.
Ulcères septiques (emploi du soufre sur les), 230.
Voies aériennes (traitement des plaies des), 555.
Volvulus (le) de l'anse oméga, 273.

Voies digestives et annexes

(Dr Soupault)

Accidents consécutifs à la gastro-entérostomie, 122.
Acide borique (influence de l'), sur l'action des ferments digestifs, 700. — phénique (traitement des amygdalites aiguës par les injections parenchymateuses d'), 307.
Adénome de l'estomac, traitement chirurgical, 380.
Airol (l') dans la diarrhée, 556.
Amygdale (étude sur les calculs de), 16.
Amygdalites aiguës (traitement des), par les injections parenchymateuses d'acide phénique, 307.
Antidiarrhéique (dermatol comme), 15.
Antipyrine et dysenterie, 773.
Appendicites (traitement chirurgical des abcès rétro-cæcaux dans les), 771.
Bicarbonate de soude (action analgésique du) dans les dyspepsies, 483. — de soude considéré comme agent actif de la sécrétion gastrique, 588.

Bismuth (le sous-nitrate de) dans le traitement de l'ulcère rond, 556.
Calculs salivaires du canal de Wharton, 16.
Canal de Wharton (calculs salivaires du), 16.
Cancer de l'estomac (traitement du) par l'extrait fluide de condurango, 122. — de l'estomac (traitement médical du), 14.
Carcinome de l'œsophage (application de la fistule gastrique d'après la méthode de Wetzel dans les cas de), 88.
Chlorose (une nouvelle théorie de la), 14.
Cholagogue (une nouvelle méthode), 159.
Cholécystectomie partielle, 16.
Cholédocotomie, 16.
Colite muco-membraneuse, 767.
Condurango (traitement du cancer de l'estomac par l'extrait fluide de), 122.
Constipation chronique (traitement par la créosote), 630. — habituelle (traitement de la), 589.
Contracture (rôle de la) dans les affections des organes digestifs, 588.
Corps étrangers de l'estomac (un cas rare de), gastrotomie, 160.
Créosote (traitement de la constipation chronique par la), 630.
Dermatol comme antidiarrhéique, 15.
Diarrhée (l'airol dans la), 556.
Dilatation de l'estomac (traitement de la), 519. — progressive (traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum par la), 15.
Dysenteries aiguë (lavements d'antipyrine dans un cas de), 773. — graves (traitement des) par les injections intra-veineuses d'eau salée, 483. — (la) et son traitement, 307.
Dyspepsies (action analgésique du bicarbonate de soude dans les), 483.
Dyspeptiques hyperchlorhydriques (traitement des crises paroxystiques chez les), 11.
Eau alcaline effervescente (traitement de l'hyperacidité stomacale par l'), 668. — salée (traitement des dysenteries graves par les injections intra-veineuses d'), 483.
Echinocoque du foie (traitements opératoires modernes), 308.
Electricité statique et lavage dans la dilatation de l'estomac, 87.
Entérite muco-membraneuse (indications dans l'), 372. — muco-membraneuse (rapports entre la néphroptose et l'), 329.
Entéro-colite muco-membraneuse et la splanchnoptose (rapports qui unissent l'), 301. — muco-membraneuse (traitement de l'), 403.
Entéroptose (pathogénie et traitement de l'), 122.
Estomac (adénome de l'), traitement chirurgical, 380. — chirurgie de l'), 88. — (traitement de la dilatation de l') par le lavage et l'électricité statique, 87. — (traitement de la dilatation de l'), 519. — (traitement du cancer de l') par l'extrait fluide de condurango, 122. — (traitement chirurgical de l'ulcère de l'), 630.
Evacuation spontanée du contenu de l'estomac par le pylore, 15.
Ferments digestifs (influence de l'acide borique sur l'action des), 700.
Fistule gastrique (un cas d'application de la d'après la méthode de Wetzel dans les cas de carcinome de l'œsophage, 88.
Fixation du foie et des deux reins dans un cas de maladie de Glénard, 520.
Foie (ruptures du) et leur traitement, 123. — (syphilis tertiaire du), 302.
Gastro-entérostomie (de la), 88. — (des accidents consécutifs à la), 122.
Gastroplastie (un cas de), 556.
Gastrostomie (procédé valvulaire dans la), 15. — (un cas rare de corps étrangers de l'estomac), 160.
Hyperacidité stomacale (traitement de l') au moyen des pastilles de Bergmann, 379. — stomacale (traitement de l') par l'eau alcaline effervescente, 668.
Hyperchlorhydriques (crises paroxystiques des), 48.
Injections intra-veineuses d'eau salée (traitement des dysenteries graves par les), 483. — parenchymateuses d'acide phénique (traitement des amygdalites aiguës par les), 307.
Lavage associé à l'électricité dans le traitement de l'estomac, 87.
Lithiase biliaire (traitement de la), 628.
Pastilles de Bergmann (traitement de l'hyperacidité stomacale au moyen des), 379.
Pérityphlite (sur la), 630.
Pylore (évacuation spontanée du contenu de l'estomac par le), 15. — (troubles gastriques déterminés par une fissure du), 123.
Rectum (traitement des rétrécissements non cancéreux du), 15.
Rétrécissements non cancéreux du rectum (traitement des) par la dilatation progressive, 15.
Ruptures du foie et leur traitement, 123. — d'ulcères de l'estomac traitées par la laparotomie, la suture et le lavage du péritoine, 379.
Sécrétion gastrique (bicarbonate de soude considéré comme agent actif de la), 588.
Sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans le traitement de l'ulcère rond, 556.
Spasme (rôle du) dans les affections des organes digestifs, 588.
Splanchnoptose (rapports qui unissent l'entéro-colite muco-membraneuse et la), 301.

Stomatite ulcéro-membraneuse (un nouveau cas de), 11.
Troubles gastriques déterminés par une fissure du pylore, 123.
Ulcères de l'estomac (ruptures d'), traitement, 379. — de l'estomac (traitement chirurgical de l'), 630. — gastrique (traitement de l') par le repos absolu de l'estomac, 667. — rond de l'estomac uniquement traité par l'alimentation rectale, 88. — rond et autres gastropathies (le sous-nitrate de bismuth dans le traitement de l'), 556.
Vomissement nerveux (le), 700.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux

(Dr Lyon)

Activité musculaire (utilisation de l') chez les cardiaques, 194.
Anévrisme de l'aorte thoracique (action de l'iodure de potassium dans l'), 52. — (traitement des) par des injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse, 450.
Angine de poitrine (un cas d') traité par le tétranitrate d'érythrol, 557.
Antistreptococcique (bronchite chronique streptococcique, efficacité du sérum), 449.
Aorte thoracique (action de l'iodure de potassium dans l'anévrisme de l'), 52.
Apocynum cannabinum (action de l'extrait fluide d') dans les affections cardiaques, 632.
Appareil respiratoire (traitement mécanique des maladies de l'), 126.
Artères intercostales (sténose des), 232.
Artério-scléreux (du point de côté chez les), 232. — (le vertige des), 275.
Arythmie cardiaque (traitement de l'), 274.
Asthme chronique (traitement de l'), 90. — (nature et traitement de l'), 194.
Asystolie (action dissociée de la digitale dans l'), 51.
Bains chauds dans le traitement de la pneumonie (les), 737. — (lavages de la cavité pleurale dans l'empyème par des), 310.
Bronchiectasies (résultats de l'intervention chirurgicale dans les), 126.
Bronchite chronique streptococcique; efficacité du sérum antistreptococcique, 449. — fétide (traitement de la) par l'hyposulfite de soude, 193.
Broncho-pneumonie (lavements de créosote dans le traitement de la), 520.
Cardiaques (action de l'extrait fluide d'apocynum cannabicum dans les affections), 632. — (sels de potasse dans les affections), 701. — (traitement des troubles) associés à la sclérose des vaisseaux, 450. — (utilisation de l'activité musculaire chez les), 194. — (valeur thérapeutique des sels de potassium dans les affections), 126. — (de la limanothérapie dans les affections), 849.
Cardiopathies (traitement des) par les moyens mécaniques, 18.
Catarrhe bronchique (hydrastis canadensis dans le), 520.
Cinnamylate de soude dans la tuberculose pulmonaire, 592.
Climat (rôle du changement de) dans la tuberculose pulmonaire, 90.
Cœur (progrès du traitement des maladies chroniques du), 451. — (traitement des maladies du), 337. — (traitement des maladies du) par la gymnastique suédoise, 813.
Coqueluche (traitement de la), 91.
Créosote (lavements de) dans la broncho-pneumonie, 520.
Créosoté (traitement) de la tuberculose pulmonaire, 309.
Digitale (action dissociée de la) dans l'asystolie, 51. — (la) dans la pneumonie et la grippe, 308. — (de la) dans la pneumonie, 449.
Diphtérie (action des injections sous-cutanées de spermine sur le cœur dans les cas de faiblesse cardiaque subite pendant et après la), 91.
Drainage en masse des extrémités, 521.
Dyspnée urémique (traitement par l'éther de la), 631. — urémique (traitement de la) par l'éther à haute dose, 813.
Eaux minérales dans l'emphysème pulmonaire (les), 309.
Electricité galvanique (goitre exophtalmique traité par l'), 127.
Emphysème pulmonaire (les eaux minérales dans l'), 309.
Empyème gangréneux avec pneumothorax; pleurotomie; guérison, 381. — (lavages de la cavité pleurale dans l') par des bains, 310. — (traitement de l') par un tube à valve, 339.
Endocardites infectieuses (traitement des), 19.
Ether (traitement par l') de la dyspnée urémique, 631. — à haute dose (traitement de la dyspnée urémique par l'), 813.
Eucalyptus (traitement de la tuberculose pulmonaire par l'essence d'), 309.

Faiblesse cardiaque subite pendant et après la diphtérie (action des injections sous-cutanées de spermine sur le cœur), 91.
Gangrène pulmonaire (traitement de la) par l'hyposulfite de soude, 195.
Gélatineuse (traitement des anévrismes par des injections sous-cutanées d'une solution), 450.
Globules blancs chez les tuberculeux (action de la tuberculine sur les), 592.
Goitre exophtalmique traité par l'électricité galvanique, 127.
Grippe (la digitale dans la), 309.
Gymnastique suédoise (traitement des maladies du cœur par la), 813.
Hydrastis canadensis (action de l') dans le catarrhe bronchique, 520.
Hydro-minérales (traitement des cardiopathies par les pratiques), 18. — (traitement) des maladies des voies respiratoires, 275.
Hyperémie naturelle et provoquée du poumon comme moyen de défense contre la tuberculose, 631.
Hyperthermie prétuberculeuse rebelle aux antithermiques, 301.
Hyposulfite de soude (traitement de la bronchite fétide et de la gangrène pulmonaire par l'), 193.
Ichtyol dans la tuberculose pulmonaire (l'), 339. — (traitement de la tuberculose par l'), 849.
Injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse (traitement des anévrismes par des), 450.
Iodure de potassium (action de l') dans l'anévrisme de l'aorte thoracique, 52.
Larynx (tuberculine R. dans la tuberculose du), 591.
Lavements de créosote dans le traitement de la broncho-pneumonie, 520.
Lewacheff (traitement de pleurésies exsudatives d'après le procédé de), 90. — (de la méthode de), 521.
Limanothérapie dans les affections cardiaques, 849.
Mécanique (traitement) des maladies de l'appareil respiratoire, 126.
Myocardite parenchymateuse (traitement de la), 557.
Névroses cardiaques (les), 850.
Œdème aigu du poumon, 380. — brightique suraigu du poumon, 813.
Opothérapie (le poumon et l'), 338.
Palpitations (traitement des), 411.
Péricardite (diagnostic et traitement de la), 411. — suppurée (traitement chirurgical de la), 381.
Phlegmasies aiguës de l'appareil thoracique (traitement des), 161.
Phtisie pulmonaire (traitement de la), 449.
Phtisiques (le thymol dans la fièvre des), 310.
Pilocarpine (traitement de la pneumonie franche par la), 849.
Pleurésies exsudatives (traitement de) d'après le procédé de Lewacheff, 90. — (traitement des), 449. — sèche (séméiologie et traitement de la), 801.
Pleurotomie ; empyème gangréneux avec pneumothorax, 381.
Pneumectomie, 125.
Pneumonie (du traitement spécifique de la), 89. — (les bains chauds dans le traitement de la), 737. — (la digitale dans la), 308. — (de la digitale dans la), 449. — (la sérothérapie dans la), 89. — (le traitement de la) d'après Petrescu, 231. — franche (traitement de la) par la pilocarpine, 849.
Pneumothorax (empyème gangréneux avec), 381. — (traitement du), 663.
Pneumotomie (la), 124.
Point de côté chez les artério-scléreux (du), 232.
Potassium (valeur thérapeutique des sels de) dans les affections cardiaques, 126.
Poumon (le) et l'opothérapie, 338. — (œdème aigu du), 380. — (recherches expérimentales sur la chirurgie du), 90. — œdème brightique suraigu du), 813.
Rayons Rœntgen (action des) sur la tuberculose pulmonaire de l'homme, 701. — (application des) au traitement de phlegmasies aiguës de l'appareil thoracique, 161.
Sang (sels du) dans le traitement de la tuberculose, 89.
Sclérose des vaisseaux (traitement des troubles cardiaques associés à la), 450.
Sels de potasse dans les affections cardiaques, 701. — de potassium (valeur thérapeutique des) dans les affections cardiaques à la période de troubles de la compensation, 126.
Sérothérapie (la) dans la pneumonie, 89.
Sérum artificiel (traitement de la tachycardie paroxystique essentielle par l'injection intraveineuse de), 19.
Spermine (action des injections sous-cutanées de) dans les cas de faiblesse cardiaque subite pendant et après la diphtérie, 91.
Sténose des artères intercostales, 232.
Strophantus (étude clinique sur le), 669.
Suc pulmonaire (le), 231.
Tachycardie paroxystique essentielle (traitement de la), 19.
Tétranitrate d'érythrol (un cas d'angine de poitrine traité par le), 557.
Thymol (le) dans la fièvre des phtisiques, 310
Trachéotomie (tubage et), 115.

Tuberculine (action de la) sur les globules blancs chez les tuberculeux, 592. — (action de la) sur la tuberculose pulmonaire, 590. — dans la tuberculose du larynx, 591. — de Koch (résultats obtenus à la clinique de Greifswald avec la), 591. — (tuberculose et), 776.

Tuberculose (hyperémie du poumon comme moyen de défense contre la), 631. — pulmonaire (action du cinnamylate de soude dans la), 592. — pulmonaire de l'homme (action des rayons Rœntgen sur la), 701. — pulmonaire (les antithermiques dans la), 443. — pulmonaire (l'ichtyol dans la), 339. — pulmonaire (note sur le traitement de la) par l'essence d'eucalyptus, 309. — pulmonaire (rôle du changement de climat dans la), 99. — pulmonaire (traitement créosoté de la), 309. — pulmonaire (traitement de la), 738, 776. — pulmonaire (traitement de la) et action de la tuberculine, 590. — (traitement de la); alimentation, 160. — (traitement de la) par les sels du sang, 89. — et tuberculine, 776. — (traitement de la) d'après la méthode de Koch, 775.

Vaisseaux (traitement des troubles cardiaques associés à la sclérose des), 450.

Vertige (le) des artério-scléreux, 275.

Voies aériennes supérieures (traitement de certaines affections des), 632. — respiratoires (traitement hydro-minéral des maladies des), 275.

Maladies du système nerveux

(Dr A. Sallard)

Abdominale (chirurgie) comme traitement de l'hystérie, 852.

Aliénés (action de la scopolamine chez les), 198. — (traitement au lit des), 341, 851.

Ataxie des tabétiques (utilisation des excitations sensorielles acoustiques dans le traitement gymnastique de l'), 451. — (procédé de Fraenkel dans le traitement de l'), 340. — (traitement de l'), par l'incurvation forcée, 382.

Bain d'air chaud dans l'épilepsie, 382.

Bromure de potassium (traitement de l'épilepsie par l'opium associé au), 198.

Cardiaques (traitement de l'épilepsie par les moyens), 851.

Carotide (ligature de la), dans l'exophtalmie pulsatile traumatique, 412.

Cerveau (traitement des hernies du), 340.

Chorée (traitement de la), 633. — (traitement par le massage), 633.

Compression instrumentale (traitement de la sciatique par la), 883.

Craniectomie (épilepsie jacksonienne traitée par la), 632.

Déglutition (suggestion hypnotique dans les troubles nerveux de la), 412.

Electricité (traitement de l'hémiplégie par l'), 340. — (traitement de la neurasthénie par l'), 703.

Electrique (traitement) du tic douloureux de la face, 704. — (traitement) palliatif de la névralgie du trijumeau, 815.

Elongation des nerfs (quatorze cas de mal perforant traités par), 815.

Epilepsie essentielle (résection du sympathique cervical des deux côtés pour), 128. — jacksonienne traitée par la craniectomie, 632. — (traitement chirurgical de l'), 815. — (le bain d'air chaud dans l'), 382. — (traitement de l') par les moyens cardiaques, 851. — (traitement de l') par l'opium associé au bromure de potassium, 198. — (traitement thyroïdien de l'), 197. — (traitement de l') par la méthode de Bechterew, 778.

Excitations sensorielles acoustiques (utilisation des) dans le traitement gymnastique de l'ataxie des tabétiques, 451.

Exophtalmie pulsatile traumatique (ligature de la carotide dans l'), 412.

Face (traitement électrique palliatif du tic douloureux de la), 704. — (tic douloureux de la), traitement chirurgical, 851.

Fraenkel (le procédé de) dans le traitement de l'ataxie, 340.

Goitre exophtalmique et épilepsie essentielle (résection du sympathique cervical des deux côtés pour), 128.

Gymnastique (un cas de sclérose latérale amyotrophique guérie par la), 382.

Hémiplégie cérébrale (traitement électrique de l'), 521. — d'origine cérébrale (intervention thérapeutique dans l'), 53. — (traitement de l') par l'électricité, 340.

Hernies du cerveau (traitement des), 340.

Hydrothérapique (technique) dans le traitement de la neurasthénie, 777.

Hystérectomie (cinq cas chez des aliénées), 412.

Hystérie (chirurgie abdominale comme traitement de l'), 852.

Idiotie myxœdémateuse (traitement par l'ingestion de glande thyroïde de mouton), 412.

Incurvation forcée (traitement de l'ataxie par l'), 382.

Insomnie (des problèmes de l'aliénation mentale), 52.
Lit (traitement au) des aliénés, 341, 851.
Little (traitement chirurgical de la maladie de), 815.
Maladies nerveuses (causes et thérapeutique des), 128.
Mécanique (traitement) du tabes, 703.
Mentales (action de la thyroïdine sèche sur les formes chroniques des affections), 54. — (action des sérums dans les maladies), 198.
Motilité (utilisation des excitations sensorielles acoustisques dans le traitement gymnastique des troubles de la), 451.
Narcolepsie (de la), 127. — (sur un cas de) guéri par la suggestion, 198.
Nerf cubital (résection du) pour des névromes généralisés, 129. — médian (résection du) pour des névromes généralisés, 129.
Nerveuses (traitement de quelques maladies) par la trépidation, 633.
Neurasthénies graves (technique hydrothérapique dans le traitement de la), 777. — (traitement des) par la psychothérapie, 52. — (traitement de la) par l'électricité, 703.
Neurasthéniques (spermatorrhée des), 20.
Névralgie faciale (traitement chirurgical de la) 20 — grave du trijumeau, 339. — rebelles (traitement de certaines) par la résection intra-durale des racines postérieures, 127.
Névromes généralisés (résection du nerf cubital et du nerf médian pour des), 129.
Névroses (traitement par le phosphore des), 521.
Opium (traitement de l'épilepsie par l') associé au bromure de potassium, 198.
Organisation médicale des services publics d'aliénés (la thérapeutique de la folie dans ses rapports avec l'), 54.
Perforant (mal) traité par élongation des nerfs, 815.
Phosphore (traitement des névroses par le), 52.
Polynévrites (traitement des), 195.
Ponction lombaire (résultats cliniques donnés par la), 850. — (résultats thérapeutiques obtenus avec la), 451.
Psychopathies gastriques, 20.
Psychothérapie (traitement des neurasthénies graves par la), 52.
Racines postérieures (traitement de certaines névralgies rebelles par la résection intra-durale des), 27.
Réflexe névro-musculaire (emploi de l'eau chaude comme modérateur du), 423.
Sciatique (traitement de la) par la compression instrumentale, 383.
Sclérodermie symétrique diffuse (la thyroïdine dans la), 452. — (traitement de la), 633.
Sclérose latérale amyotrophique guérie par la gymnastique), 382.
Scopolamine (action de la) chez les aliénés, 198.
Sensations gustatives désagréables (causes et traitement), 53.
Sérums (action des) dans les maladies mentales et nerveuses, 198.
Services publics d'aliénés (organisation médicale des), rapports de la thérapeutique de la folie, 54.
Spermatorrhée des neurasthéniques, 20.
Suggestion hypnotique dans les troubles nerveux de la déglutition, 412. — (sur un cas de narcolepsie guéri par la), 198.
Sympathique cervical (résection du) pour goitre exophtalmique, 128.
Tabes (traitement du), 701. — (traitement mécanique du), 703.
Tabétiques (traitement des crises gastriques des), 20. — (le traitement des), 814. — (utilisation des excitations sensorielles acoustiques dans le traitement gymnastique de l'ataxie des), 451.
Thérapeutique (intervention) dans l'hémiplégie d'origine cérébrale, 53.
Thyroïde de mouton (idiotie myxœdémateuse, traitement par l'ingestion de glande), 412.
Thyroïdien (traitement de l'épilepsie, 197.
Thyroïdine (la) dans la sclérodermie symétrique diffuse. — sèche et glande thyroïdine (action de la) sur les formes chroniques des affections mentales, 54.
Tic douloureux de la face (traitement électrique palliatif), 704. — traitement chirurgical), 851.
Trépidation (traitement de quelques maladies nerveuses), 633.
Trijumeau (deux cas de névralgie grave du), 339. — (traitement électrique palliatif de la névralgie du), 815.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

(Dr Castex)

Affections tuberculeuses du larynx (parachlorophénol dans les), 92.
Agents hémostatiques en rhinologie, 92.
Bougies (dilatation de la trompe d'Eustache par les), 91.

Cataphorèse interstitielle cuprique (traitement de la tuberculose laryngée par la), 705.
Catarrhe chronique (nouveau traitement des troubles auditifs dus au), 55.
Cavité nasale (étude sur les divers moyens de défense de la) contre l'invasion microbienne, 130.
Cellules ethmoïdales (étude de l'anatomie et de la pathologie des), 130.
Chlorhydrate d'eucaïne dans les affections du larynx, du nez et des oreilles, 383.
Cocaïne (rhinite hypertrophique, traitement par la), 129.
Cordes vocales (traitement de la parésie des), 342.
Cornet acoustique (un nouveau), 343.
Corps étrangers de l'oreille, 131. — étranger de l'oreille (extraction du), 132.
Coryza aigu (traitement abortif du), 557. — aigu (traitement du), 383. — (traitement du), 276. — (traitement abortif du), 85.
Crachats des tuberculeux (parachlorophénol dans les affections tuberculeuses du larynx et ses propriétés à l'égard des), 92.
Dilatation de la trompe d'Eustache par les bougies, 91.
Empyèmes frontaux (contribution à l'étude des), 131.
Erysimum (traitement des laryngites simples par l'), 454.
Formaline (inhalations de) dans les affections laryngées, 55. — dans les affections du nez, de l'oreille et du larynx, 277.
Ichtyol dans un cas d'otite moyenne purulente chronique, 739.
Laryngées (inhalations de formaline dans les affections), 55
Laryngites simples (traitement par l'érysimum), 454.
Larynx (formaline dans les affections du), 277.
Lignosulfite (le) dans le traitement de la tuberculose laryngée, 558.
Massage (différents procédés de) dans le traitement de l'otite moyenne chronique, 92.
Microbienne (des divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion), 130.
Naso-pharynx (tumeurs rares du), étude, 131.
Nez (formaline dans les affections du), 277.
Nosophène (rhinite hypertrophique, traitement par le), 129.
Oreille (corps étrangers de l'), 131. — (extraction du corps étranger de l'), 132. — (formaline dans les affections de l'), 277. — moyenne (importance du diagnostic précoce et du traitement de l'inflammation de l'), 131.
Otite moyenne aiguë (traitement d'urgence de l'), 233. — moyenne chronique (différents procédés de massage dans le traitement de l'), 92. — moyenne purulente chronique (l'ichtyol dans l'), 739. — moyenne tuberculeuse aiguë au cours d'un traitement par la tuberculine nouvelle, 592.
Otorrhée chronique (traitement de l') par le tétraborate de soude, 235.
Ozène (sur le traitement de l'), 454.
Papillomes du larynx et leur traitement par le phénol sulforiciné, 342, 740.
Parachlorophénol dans les affections tuberculeuses du larynx, 92.
Parésie des cordes vocales (traitement de la), 342.
Phénol sulforiciné (traitement des papillomes du larynx par le), 342, 740.
Polypes fibreux naso-pharyngiens (traitement des), 277.
Rhinite atrophique (quelques nouveaux progrès dans le traitement de la), 129. — hypertrophique (utilisation de la cocaïne et du nosophène), 129.
Sinusites (traitement des) maxillaire excepté, 739.
Soude (tétraborate de), traitement de l'otorrhée chronique, 235.
Suppurations de la caisse (nouveau traitement des troubles auditifs dus aux), 55.
Tétraborate de soude (traitement de l'otorrhée chronique par le), 235.
Trachéotomie (de la), 343.
Trompe d'Eustache (de la dilatation de la) par les bougies, 91.
Troubles auditifs dus au catarrhe chronique (nouveau mode de traitement), 55.
Tuberculose laryngée dans la cataphorèse interstitielle cuprique, 705. — laryngée (le lignosulfite dans le traitement de la), 558.
Tumeurs rares du naso-pharynx, étude, 131.
Végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance, 705.
Vertige de Ménière et son traitement, 592.

Ophtalmologie

(Dr Kopp)

Ablation d'une gomme tuberculeuse de la conjonctivite et de la sclérotique, 817.
Affections oculaires latentes, 163.
Amblyopies toxiques (traitement par les injections de sérum), 385.
Anesthésie en chirurgie oculaire par l'emploi de l'eucaïne B, 452.
Antisepsie préopératoire de la conjonctive, 413.

Antistreptococcique (sérothérapie) dans la dacryocystite purulente, 56.
Asthénopie musculaire (valeur des traitements opératoires de l'), 595.
Blépharites (l'ichtyol dans le traitement des), 311.
Bœuf (thérapeutique ophtalmologique avec l'extrait de corps ciliaire de), 452.
Cancer des paupières traité par le chelidonium majus, 738.
Cataracte (hémorragie sous-choroïdienne partielle au cours d'une opération de), 594. — secondaires adhérentes (opération des), 162.
Catarrhe printanier conjonctival (traitement du), 311. — printanier (forme tarsienne du), 385.
Chalazion (traitement du), 310.
Chelidonium majus (cancer des paupières traité par le), 738.
Cocaïne (les injections sous-conjonctivales de) en oculistique opératoire), 413.
Cocaïnisation de l'iris, 484.
Conjonctive (antisepsie préopératoire de la), 413.
Conjonctivite infectieuse d'origine animale, 453. — (l'ichtyol dans le traitement des), 311. — subaiguë, 635. — granuleuse (traitement mémécanique de la), 817.
Cornée (renversement temporaire de la) pour opérer à ciel ouvert sur l'iris et la capsule du cristallin, 385. — (suture conjonctivale en bourse contre les solutions de continuité de la), 634. — (traitement des ulcères et des abcès de la), 311. — (traitement des ulcérations graves de la), 484.
Corps ciliaire de bœuf (essais de thérapeutique ophtalmologique avec l'extrait de), 452. — étrangers métalliques (extraction des) du segment postérieur de l'œil par l'électro-aimant), 21.
Cristallin (diminution de la myopie par l'extraction du), 313. — (renversement temporaire de la cornée pour opérer à ciel ouvert sur l'iris et la capsule du), 385. — transparent (extraction du) contre la myopie forte, 816.
Dacryocystite congénitale (étude de la), 704. — purulente aiguë (traitement par le massage), 704. — purulente (sérothérapie antistreptococcique dans la), 54.
Décollement de la rétine (traitement du) par l'ésérine, 594.
Diphtérie conjonctivale (sérothérapie dans la), 56. — de l'œil (altérations cornéennes dans la), 414. — de l'œil guérie par injections de sérum de Behring, 313. — oculaire et sérothérapie, 199. — oculaire traitée par le sérum antidiphtérique, 484.
Districhiasis (traitement du), 311.
Dosage dans l'opération du strabisme (le), 413.
Durante (injections sous-cutanées de liquide de) dans la thérapeutique oculaire, 57.
Eau oxygénée en thérapeutique oculaire (de l'), 414.
Ectropion non cicatriciel, 93.
Electrique (traitement) dans les affections du nerf optique, 233.
Electro-aimant en chirurgie oculaire, 21. — (extraction des corps étrangers métalliques du segment postérieur de l'œil par l'), 21.
Electrolyse dans le décollement de la rétine, 594. — dans les rétrécissements des voies lacrymales, 22.
Empoisonnement par la scopolamine (un cas d'), 58.
Epiphora (traitement de l'), par la trépanation du sinus maxillaire, 637.
Ésérine (traitement du décollement de la rétine par l'), 594. — (traitement de la kératite suppurée par l'), 232.
Eucaïne B (anesthésie en chirurgie oculaire par l'emploi de l'), 452. — succédané de la cocaïne, 163.
Evidement de l'œil par la panophtalmie, 57.
Extrait surrénal en ophtalmologie, 523.
Fistule lacrymale (cure radicale de la), 637.
Formol en thérapeutique oculaire (du), 57.
Gaïacol associé à la glycérine (traitement de l'ophtalmie granuleuse par le), 341.
Galvanisation dans les suppurations du globe oculaire, 635.
Galvano-cautère (ophtalmie sympathique et), 385.
Glaucome (action des myotiques dans certaines formes de), 384. — infantile ou hydrophtalmie, 453. — malin (traitement du), 636. — (nature du), action curative de l'iridectomie, 384. — primitif (pronostic du), 636. — (traitement du), 384. — (traitement chirurgical du), 816.
Glycérine (traitement de l'ophtalmie granuleuse par le gaïacol associé à la), 341.
Gomme tuberculeuse de la conjonctivite et de la sclérotique (ablation d'une), 817.
Hémorragie sous-choroïdienne partielle au cours d'une opération de cataracte, 594.
Holocaïne (action de l'), 817.
Hydrophtalmie ou glaucome infantile, 453.
Ichtyol dans le traitement des conjonctivites (l'), 311.
Injections de sérum (traitement des amblyopies toxiques par les), 385. — sous-conjonctivales dans le traitement de certaines affections oculaires, 163. — sous-conjonctivales de cocaïne

en oculistique opératoire, 413. — sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire, 93. — sous-conjonctivales, 817.

Intoxication par la scopolamine, 94.

Iode dans les affections du tractus uvéal, 594. — (traitement du trachome par l'), 232, 341.

Iodées (injections) dans la thérapeutique des voies lacrymales, 22.

Iodure d'argent à l'état naissant (traitement du trachome par l'), 738.

Iridectomie (nature du glaucome, action curative de l'), 384.

Iris (cocaïnisation de l'), 484. — (renversement temporaire de la cornée pour opérer à ciel ouvert sur l'), 385.

Kératites interstitielles (traitement des), 312. — parenchymateuse récidivante d'origine utérine, 414. — suppuratives (traitement des), 634. — suppurée (traitement de la) par l'ésérine, 232.

Kérato-conjonctivite pustuleuse (traitement de la), 312.

Massage oculaire, 94. — (traitement de la dacryocystite aiguë par le), 704.

Mydriatiques et des myotiques dans l'œil (introduction des) par l'électricité, 522.

Myopie (correction totale de la), 384. — (diminution de la) par l'extraction du cristallin, 313. — progressive (traitement chirurgical de la), 385. — forte (extraction du cristallin transparent contre la), 816.

Myotiques (action des) dans certaines formes de glaucome, 384. — (introduction des mydriatiques et des) dans l'œil par l'électricité, 522.

Nerf optique (traitement dans les affections du), 233.

Névralgie oculaire (traitement de la), 453.

Névrite rétro-bulbaire (traitement électrique dans la), 233.

Oculaire (de l'eau oxygénée en thérapeutique), 414.

Ophtalmie granuleuse (traitement par le gaïacol associé à la glycérine), 341. — purulente (solutions concentrées de permanganate de potasse dans le traitement de l'), 414. — sympathique et galvano-cautère, 385.

Panophtalmie (évidement de l'œil par la), 57.

Paupières (cancer des), 738. — (maladies des), 594.

Permanganate de potasse (solutions concentrées) dans le traitement de l'ophtalmie purulente, 414.

Ptosis (nouvelle opération du), 385. — (nouveau procédé opératoire du), 522. — complet (opération du), 816.

Rayons Rœntgen dans la thérapeutique oculaire, 200.

Rétine (traitement du décollement de la) par l'ésérine, 594.

Sarcome mélanique du tractus uvéal, 704.

Scopolamine (intoxication par la), 94. — (un cas d'empoisonnement par la), 58.

Sérothérapie dans la diphtérie conjonctivale, 56. — et diphtérie oculaire, 199.

Sérum (altérations cornéennes dans la diphtérie de l'œil, traitement local par le), 414. — antidiphtérique (diphtérie oculaire traitée par le), 484. — de Behring (diphtérie de l'œil guérie par les injections de), 313.

Sinus maxillaire (traitement de l'épiphora par la trépanation du), 637.

Strabisme (le dosage dans l'opération du), 413. — (méthodes de traitement du), 98.

Streptococcies oculaires (sérothérapie antistreptococcique dans les), 56.

Sublimé (injections sous-conjonctivales de) en thérapeutique oculaire, 93.

Suppurations du globe oculaire (galvanisation dans les), 635.

Suture conjonctivale en bourse contre les solutions de continuité de la cornée, 634.

Thérapeutique oculaire (des rayons Rœntgen dans la), 200. — oculaire (du formol en), 57. — oculaire (injections sous-cutanées de liquide de Durante dans la), 57. — ophtalmologique avec l'extrait de corps ciliaire de bœuf, 452.

Tic douloureux de la face (guérison d'un) par le traitement des voies lacrymales, 816.

Trachome (prophylaxie du) en Prusse, 199. — (traitement du), 341. — (traitement du) par l'iode, 232, 341. — (traitement du) par l'iodure d'argent à l'état naissant, 738.

Tractus uvéal (l'iode dans les affections du), 594. — uvéal (sarcome mélanique du), 704.

Trépanation du sinus maxillaire (traitement de l'épiphora par la), 637.

Trichiasis (traitement du), 311.

Tumeur lacrymale (résection partielle du sac de la), 310.

Ulcérations graves de la cornée (traitement des), 484.

Utérine (kératite parenchymateuse récidivante d'origine), 414.

Voies lacrymales (chirurgie des), 164. — lacrymales (électrolyse dans les rétrécissements des), 22. — lacrymales (injections iodées dans la thérapeutique des), 22. — lacrymales (guérison d'un tic douloureux de la face par le traitement des), 816.

Maladies de la peau et maladies vénériennes

(Dr Morel-Lavallée)

Accidents dermiques causés par le froid (traitement des), 58.
Acide lactique (traitement du lupus par l'), 597. — picrique dans les brûlures (l'), 415. — picrique dans l'eczéma (l'), 525. — picrique dans les maladies de la peau, 596.
Acné (formules pour), 278. — (traitement de l'), 415, 637.
Affections cutanées (quelques médicaments nouveaux employés à New-York contre les), 523.
Air chaud (cautérisation par l') dans le lupus vulgaire, 741.
Airol (emploi de l'), 818.
Alun (traitement des ulcères, des granulations et du cancer par l'), 415.
Analyses du sang dans les affections cutanées, 707.
Anesthésie (petite chirurgie dermatologique), 779.
Arsenic (le tribromure d'or d') et de mercure en dermatologie, 343. — (traitement du sarcome de la peau par l'), 165.
Arthrite blennorrhagique aiguë (l'artrotomie dans l'), 23.
Arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique aiguë, 23.
Belladone (traitement de l'iodisme par la), 456.
Blennorrhagie (traitement de la), 455.
Bleu de méthylène en injections dans l'épithélioma de la face, 278.
Brûlures étendues de la peau (causes de la mort tardive dans les), 386. — (l'acide picrique dans les), 415. — (traitement des) par le thioforme, 415. — (un nouveau traitement des), 22.
Bubons vénériens, 23.
Calomel (injections de) dans le lupus, 560. — (valeur comparée des injections de) et d'huile grise dans le traitement de la syphilis, 165.
Calvitie (ensemencement des cheveux hachés contre la), 561.
Cancer (traitement du) par l'alun, 415.
Chancre syphilitique et ses diverses complications (traitement du), 558. — syphilitique des paupières, 23.
Chelidoine (lèpre guérie par la), 596.
Chelidonium majus (traitement de la lèpre par le), 596.
Cheveu (nutrition du), 671.
Chromate d'argent naissant pour les syphilides muqueuses et cutanées, 455
Cuir chevelu (traitement local de l'eczéma séborrhéique du), 485.
Dermatite consécutive à deux applications de rayons X, 457.
Dermatologie (quelques formules courantes en), 455.
Dermatologique (petite chirurgie), anesthésie, 779.
Eczéma (l'acide picrique dans l'), 525. — de l'ombilic et son traitement, 344. — de l'oreille, traitement, 279 — séborrhéique du cuir chevelu (traitement local de l'), 485. — (traitement régional de l'), 525.
Electricité statique (psoriasis vulgaire guéri par l'application de l'), 597.
Embolies pulmonaires déterminées par les injections de préparations mercurielles insolubles, 343.
Engelures (les) et leur traitement, 132. — (traitement des), 235.
Ensemencement de cheveux hachés contre la calvitie, 561.
Epithélioma de la face (le bleu de méthylène en injections dans l'), 278.
Eruptions scarlatiniformes consécutives aux opérations ou aux traumatismes, 456.
Excoriations cutanées chez les marcheurs (expériences sur le traitement des), 59.
Formules (quelques) courantes en dermatologie, 455.
Fractures (les) dans la syphilis, 279.
Franklinisation (action de la) sur l'impétigo, 741.
Froid (accidents dermiques causés par le), traitement, 58.
Granulations (traitement des) par l'alun, 415.
Hémol iodomercurique (l') dans la syphilis, 343.
Herpès génital et chancre mou (nosophène dans le traitement de l'), 23.
Huile grise (injections de calomel et d') dans le traitement de la syphilis, 165.
Hyperhidrose plantaire (expérience sur le traitement de l') chez les marcheurs, 59.
Impétigo (action de la franklinisation sur l'), 741.
Injections de calomel dans le lupus, 560. — de préparations mercurielles insolubles (embolies pulmonaires déterminées par les), 343. — intra-musculaires de mercure (traitement de la syphilis par les), 236. — intra-veineuses de sels de mercure dans le traitement de la syphilis, 236.
Iodisme (traitement de l') par la belladone, 456.

Iodol (emplâtre d') dans certaines affections vénériennes, 525.

Jambes (pansement de Unna pour les ulcères chroniques des), 278. — (traitement des ulcères de) par la chaleur, 485.

Lactique (traitement du lupus par l'acide), 597.

Lèpre guérie par la chélidoine, 596. — (la) et son traitement par la sérothérapie, 706. — (traitement de la), 278, 386, 671, 818. — (traitement par le chelidonium majus), 596.

Lupus (injections de calomel dans le), 560. — (méthodes chirurgicales dans le), 742. — (traitement du), 133, 278. — (traitement du) par l'acide lactique, 597. — vulgaire (cautérisation par l'air chaud dans le), 741. — vulgaire traité par la nouvelle tuberculine de Koch, 637.

Médicaments nouveaux employés à New-York contre les affections cutanées, 523.

Mercure (des meilleures préparations de) dans le traitement de la syphilis, 597. — (le tribromure d'or, d'arsenic et de) en dermatologie, 343. — (traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de), 236.

Mercuriel (modifications du sang dans le traitement), 486. — précoce (valeur du traitement) dans la syphilis, 23.

Nitrate de soude (traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de), 344.

Nitrite de soude dans la syphilis (le), 455.

Nosophène dans le traitement du chancre mou et de l'herpès génital, 23.

Observation de Unna, 818.

Ombilic (eczéma de l') et son traitement, 344.

Or (tribromure d'), arsenic et mercure en dermatologie, 343.

Oxyde de mercure (traitement de l'ulcère variqueux par l'), 165.

Pansement de Unna pour les ulcères chroniques des jambes, 278.

Paupières (chancre syphilitique des), 23.

Peau (action de l'europhène dans les maladies de la), 267.

Perlèche (traitement de la), 740.

Picrique (acide) dans les maladies de la peau, 596.

Pigmentations persistantes du visage (traitement des), 819.

Préparations mercurielles insolubles (embolies pulmonaires déterminées par les injections de), 343.

Prurit (traitement du), 525.

Psoriasis vulgaire guéri par l'application de l'électricité statique, 597.

Raclage (le), 743. — (indications du), 744.

Rayons X (cas très grave de dermatite consécutive à deux applications de), 457.

Rein (formes et traitement de la syphilis du), 780.

Rhumatisme blennorrhagique (traitement du), 670.

Saignée (traitement par la) en dermatologie, 707.

Sang (modifications du) dans le traitement mercuriel, 486.

Sarcome de la peau (traitement du) par l'arsenic, 165.

Séborrhée grasse (traitement de la), 279.

Sels de mercure (traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de), 236.

Sérothérapie (la) dans la syphilis, 58. — (la lèpre et son traitement par la), 706. — de la syphilis, 344. — dans la syphilis, 525.

Sérumthérapie dans la syphilis, 455.

Sycosis (traitement du), 165.

Syphilides muqueuses-cutanées (le chromate d'argent naissant pour les), 455.

Syphilis (des meilleures préparations de mercure dans le traitement de la), 597. — du rein (formes et traitement de la), 780. — (injections de calomel et d'huile grise dans le traitement de la), 165. — (les fractures dans la), 279. — (l'hémol iodo-mercurique dans la), 343. — (le nitrite de soude dans la), 455. — (la sérothérapie dans la), 58, 344, 525, 455. — (traitement de la), 560. — (traitement par les injections intra-musculaires), 10. — (traitement de la) par les injections intra-musculaires de bichlorure de mercure, 330. — par les injections sous-cutanées de nitrate de soude, 344. — (par les injections intra-musculaires de mercure de la), 236. — (par les injections intra-veineuses de sels de mercure de la), 236. — (précoce de la), 742. — (rationnel de la), 485. — tertiaire du foie et de la rate, traitement, 302. — (valeur du traitement mercuriel précoce), 23.

Teigne (traitement de la), 344.

Thioforme (traitement des brûlures par le), 415.

Tribromure d'or, d'arsenic et de mercure en dermatologie, 343.

Tuberculine de Koch (lupus traité par la nouvelle), 637.

Ulcères chroniques des jambes (le pansement de Unna pour les), 278. — de jambes par la chaleur (traitement des), 485. — (traitement des) par l'alun, 415. — variqueux (traitement de l') par l'oxyde de mercure, 165.

Visage (traitement des pigmentations persistantes du), 819.

Maladies des voies urinaires

(Dr Chevalier)

Albuminurie (traitement par la ponction rénale), 17.

Antiseptiques (action des) sur les cultures de gonocoques, 598.

Anurie traitée par la néphrotomie, 24.

Apothérapie rénale dans les cas de néphrite, 17.

Argonine (l'), nouvel antiblennorrhagique, 167.

Blennorrhagie aiguë masculine (traitement abortif de la), 638. — emploi du permanganate de zinc dans le traitement de la), 95. — (le procédé de Tomasolli dans le traitement de la), 95. — (traitement de la) d'après le procédé Janet, 24, 853. — (traitement des complications de la), 166. — (traitement par l'extrait fluide de kawa-kawa), 344. — (traitement de la), 793, 829. — (traitement de la) par des lavages à l'ichtyol, 853.

Calculs de la vessie (récidive post-opératoire des), 781.

Canal déférent (résection du) pour guérir l'hypertrophie de la prostate, 166.

Canaux déférents (résection des) dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, 94. — déférents (résection des), 746. — déférents (valeur de la section des) dans l'hypertrophie prostatique, 59. — déférents (traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection des), 416. — déférents (résection des) et hypertrophie prostatique, 782. — déférents chez les prostatiques (ligature et résection des), 852.

Cantharides (traitement des néphrites infectieuses par la teinture de), 17.

Capsule (traitement de la névralgie rénale par l'incision de la), 417.

Castration et hypertrophie de la prostate, 744. — (prothèse testiculaire après), 59. — pour hypertrophie prostatique, 783.

Cathétérisme permanent des uretères après la cystotomie, 203.

Curettage vésical chez la femme (traitement de la cystite douloureuse par le), 94.

Cystite ancienne rebelle, taille hypogastrique, 638. — douloureuse (traitement de la) par le curettage vésical chez la femme, 94. — (traitement de la) par l'urotropine, 598. — tuberculeuses (traitement des), 166, 486.

Cystotomie (cathétérisme permanent des uretères après la), 203. — sus-pubienne, 133.

Drainage prolongé de la vessie par les voies naturelles, 487.

Ectopie vésicale congénitale (traitement opératoire de l'), 416.

Electrolyse du rétrécissement de l'urètre, 488.

Fistules vésico-intestinales (traitement des) par la suture transvésicale, 60.

Funiculite (un cas de), 598.

Gonocoque (action des antiseptiques sur les cultures de), 598. — (action de l'essence de santal sur le), 598. — (le) et sa toxine : le serum antitoxique, 707.

Gonorrhée (traitement de la) par les lavages, 561.

Hématocatharsis (l') dans les pyélites et les hémorragies, 237.

Hémorragies (l'hématocatharsis dans les pyélites et les), 237. — rénales sans lésions des reins, 134.

Herpès génital compliqué d'herpès urétral et d'urétrite herpétique, 819.

Hydrocèle (inversion de la vaginale dans le traitement de l'), 203.

Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère, 24. — (pathogénie et traitement), 25.

Hypertrophie de la prostate (castration et), 744. — de la prostate (résection du canal déférent pour guérir l'), 166. — de la prostate (traitement de l'), 133, 563. — de la prostate (traitement opératoire moderne de l'), 200. — de la prostate (traitement opératoire, de l'), 526, 562. — prostatique (opération contre l'), 59. — prostatique (opérations pour l'), 746. — prostatique (action des canaux déférents dans le traitement de l'), 94. — prostatique (castration pour), 783. — prostatique (traitement par la résection des canaux déférents), 416. — prostatique (valeur de la section des canaux déférents dans l'), 59. — prostatique (résection des canaux déférents et), 782. — de la prostate (traitement moderne de l'), 853.

Hypogastrique (un nouveau méfait de la ponction), 133.

Ichtyol (traitement de la blennorrhagie par les lavages à l'), 853.

Incision sous-pubienne dans la rétention aiguë d'urine, 23.

Janet (procédé), traitement de la blennorrhagie, 24.

Kawa-kawa (traitement de la blennorrhagie par le), 344.

Langoline (injections de) et de nitrate d'argent dans la blennorrhagie, 95.

Lavages au permanganate de potasse (urétrites gonococciques traitées par les grands), 526. — (traitement de la gonorrhée par les), 561. — à l'ichtyol (traitement de la blennorrhagie par les), 853.

Lithiase rénale (intervention chirurgicale dans la), 639.
Lithotritie (taille et), 781. — (indications de la), 819.
Mal de Bright chronique, 562.
Muscles droits (désinsertion des) dans la taille hypogastrique, 24.
Néphrectomie dans des pyelonéphrites suppu-
Néphrites (action des sels de strontium dans les), 599. — (apothérapie rénale dans les cas de), 17. — infectieuses (traitement des), 17.
Néphropexie (de la), 95.
Néphrotomie (deux cas traités par la), 24. rées suivies de guérison, 819. — lombaire (rupture traumatique du rein), 60. — (nouveau procédé opératoire pour la), 562.
Névralgie rénale (traitement de la) par l'incision de la capsule, 417.
Nitrate d'argent (injections de lanoline et de) dans la blennorrhagie, 95.
Orchidopexie (de l'), 202.
Paraphimosis (traitement du), 487.
Péritonite par perforation de la vésicule biliaire dans le cours d'une grossesse, 17.
Permanganate de potasse (métrites gonococciques traitées par les grands lavages de), 526. — de zinc (emploi du) dans le traitement de la blennorrhagie, 95.
Phimosis congénital (traitement du), 237.
Ponction et incision sus-pubienne (valeur comparative de la) dans la rétention aiguë d'urine, 23. — hypogastrique (un nouveau méfait de la), 133. — rénale (traitement d'albuminurie par la), 17.
Prostate (castration et hypertrophie de la), 744. — (hypertrophie de la), traitement par la résection du canal déférent, 166. — hypertrophiée extirpée par la prostatectomie sus-pubienne, 345. — (traitement de l'hypertrophie de la), 133, 563. — (traitement opératoire moderne de l'hypertrophie de la), 200. —(traitement opératoire de l'hypertrophie de la), 526, 562. — traitement moderne de l'hypertrophie de la), 853.
Prostatectomie contre les accidents du prostatisme et la rétention, 672. — (de la), 746. — sus-pubienne (prostate hypertrophiée extirpée par la), 345.
Prostatiques avec déambulation (sonde à demeure chez les), 416. — ligature et résection des canaux déférents chez les), 852.
Prostatisme (prostatectomie contre les accidents du) et la rétention, 672.
Prostatite blennorrhagique aiguë (traitement de la), 345.
Prothèse testiculaire après castration, 59.
Pyélites (l'hématocatharsis dans les), 237. — (traitement médical des), 386.
Pyélonéphrites suivies de guérison (néphrectomie dans des), 819.
Pyonéphrite purulente aiguë guérie par les injections de sérum artificiel, 48.
Pyonéphrose très ancienne, extirpation, 60.
Rein (chirurgie du) et de l'uretère, 672. — flottant hydronéphrotique (traitement du), 561. — (hémorragies rénales sans lésions des), 134. — (ruptures sous-cutanées du) de l'intervention chirurgicale dans les, 346.
Rupture traumatique du rein, néphrectomie lombaire, guérison, 60.
Santal (action de l'essence de) sur les bactéries et spécialement le gonocoque, 598.
Sérum antitoxique (le gonocoque et sa toxine), 707.
Sonde à demeure chez les prostatiques avec déambulation, 416.
Strontium (action des sels de) dans les néphrites, 599.
Suture transvésicale (traitement des fistules vésico-intestinales par la), 60.
Taille hypogastrique, 24. — hypogastrique (cystite ancienne rebelle), 638. — sus-pubienne (de la) 138, 417. — sus-pubienne comme méthode de traitement des rétrécissements infranchissables de l'urètre et des fistules urinaires, 95. — sus-pubienne (suture de la vessie dans la), 238. — et lithotritie, 781.
Testicule (ablation de la vaginale du) et abolition de sa cavité, 526. — (traitement de la tuberculose du), 673.
Tuberculose du testicule (traitement de la), 673. — rénale (intervention chirurgicale dans la), 673.
Tumeurs de la vessie (intervention chirurgicale dans les), 638.
Uretérales (traitement opératoire des fistules), 487.
Uretères (cathétérisme permanent des) après la cystotomie, 203. — (chirurgie du rein et de l'), 672. — (hydronéphrose par rétrécissement de l'), 24. — (traitement opératoire des fistules uretérales par implantation abdominale de l') dans la vessie, 487.
Uretéropyélonéostomie, 345.
Urètre (électrolyse des rétrécissements de l'), 488. — (rétrécissements infranchissables de), traitement par la taille sus-pubienne, 95. — (rétrécissement de l') chez la femme, 819.
Urétrite aiguë gonococcique (traitement de l'), 526. — gonococciques traitées par les grands lavages au permanganate de potasse, 526. —

herpétique (herpès génital compliqué d'herpès urétral et d'), 819.
Urine (rétention aiguë d'), 23.
Urotropine (traitement de la cystite par l'), 598.
Vaginale du testicule (ablation de la) et abolition de sa cavité, 526. — (inversion de la) dans le traitement de l'hydrocèle, 203.
Varicocèle (traitement du), 673.
Végétations polypoïdes de l'urètre et de la vessie chez la femme, 24.
Vésicule biliaire (péritonite par perforation de la) dans le cours d'une grossesse, 17.
Vessie (drainage prolongé de la) par les voies naturelles, 487. — (intervention chirurgicale dans les tumeurs de la), 638. — (suture de la) dans la taille sus-pubienne, 238. — (récidive post-opératoire des calculs de la), 781.
Virus blennorrhagique (injections intra-veineuses de sublimé dans le traitement des localisations séreuses et articulaires du), 854.

Gynécologie

(Dr R. Blondel)

Absorption rectale en gynécologie, 61.
Accouchements (emploi du sublimé dans les), 419.
Airol (l') appliqué au traitement des métrites, 314.
Alumnol dans les affections utérines, 675.
Anesthésie obstétricale (de l'), 97.
Antiseptiques (emploi des) et spécialement du sublimé dans les accouchements, 419.
Anus vulvaire congénital (traitement de l'), 239.
Avortement incomplet (emploi de sulfate de quinine dans le traitement de l'), 346.
Bacillus prodigiosus (traitement des tumeurs malignes de l'utérus par les toxines de l'érysipèle et du), 167.
Boues médicamenteuses (rôle des) en gynécologie, 280.
Brandt (le procédé de) dans le traitement des affections génitales de la femme, 206.
Brome (traitement de l'endométrite par les vapeurs du), 709.
Canaux accessoires de l'urètre chez la femme (suppuration des), 854.
Cancer de l'utérus (le chelidonium majus dans le), 563. — de l'utérus (grossesses compliquées de), 459. — de l'utérus inopérables traités par l'extrait de chelidonium majus, 458. — de l'utérus (résultats de l'hystérectomie vaginale contre le), 346. — de l'utérus (traitement du) pendant la grossesse, 97. — de l'utérus (traitement palliatif du), 563. — du col utérin et de la vessie chez la femme (traitement palliatif du), 205.
Castration abdominale pour les lésions septiques utéro-annexielles, 673. — abdominale pour salpingites suppurées, 747. — abdominale pour salpingo-ovarites bilatérales, 820.
Caustiques (destruction de la muqueuse utérine par les), 240.
Césarienne (opération) suivie d'hystérectomie abdominale totale, 204.
Chelidonium majus (cancers de l'utérus inopérables traités par l'extrait de), 458. — dans le cancer de l'utérus, 563.
Chlorure de zinc en gynécologie, 855.
Cœlio-salpingo-oophorectomie, 673.
Cœur (les métrorrhagies dans les maladies de), 417.
Col de l'utérus (nouveau procédé d'évidement du), 527. — utérin (traitement palliatif du cancer du) chez la femme, 205.
Congestions faciales intenses dues à la ménopause, 565.
Curettage dans l'endométrite (le), 313.
Cystocèle vaginale avec prolapsus utérin, amendé par le traitement faradique, 418.
Décubitus acutus (le) comme complication de l'hystérectomie vaginale, 205.
Elytrotomie postérieure dans le traitement du prolapsus utérin, 784.
Embolies pulmonaires dans la pratique gynécologique (les), 458.
Endométrite (le curettage dans l'), 313. — (traitement abortif de l') par les vapeurs du brome, 709. — (traitement des) par la teinture d'iode, 349. — hémorragique par la vapeur d'eau bouillante (traitement de l'), 783.
Erysipèle (traitement d'une tumeur maligne de l'utérus par les toxines de l'), 167.
Essence de Wintergreen (traitement des métrites par l'), 820.
Ether iodoformé (l') dans le traitement des métrites catarrhales, 205.
Eventration post-partum, 749.
Evidement du col de l'utérus, 527.
Extrait ovarien (congestions faciales intenses dues à la ménopause traitées avec succès par l'), 565.
Faradique (cystocèle vaginale amendé par le traitement), 418.
Filles (traitement de vulvo-vaginite chez les), 674.

Fistules génito-urinaires (traitement chez la femme des), 280. — recto-vaginales, 564. — vésico-vaginales (traitement des), 168. — vésico-vaginales (traitement des), 240.— vésico-vaginales(taille sus-pubienne dans le traitement des), 709.

Génitales de la femme (procédé de Brandt dans le traitement des affections), 206.

Gonorrhée (stérilité d'emblée et), 528.

Grossesses compliquées de cancer de l'utérus, 459. — extra-utérine (rupture précoce de), traitement, 61. — extra-utérine, 490.

Hernies (cure radicale des) de la ligne blanche chez la femme, 749.

Hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires intra-ligamentaires, 748. — abdominale totale et partielle, 784. — abdominale totale (modifications à la technique de l'), 62. — abdominale totale (opération césarienne suivie d'), 204, 488. — abdominale totale pour tumeurs de l'utérus, 748. — (indications et technique de l'), 418. — vaginale avec pinces à demeure, 279. — vaginale contre le cancer de l'utérus (résultats thérapeutiques de l'), 346. — vaginale d'après le procédé de Doyen, 97. — vaginale (le décubitus acutus comme complication de l'), 205. — abdominale totale (nouveau procédé d'), 854.

Hystéropexie (nouvelle méthode d'), 708.

Ichtyol (tiges d') dans le traitement de l'urétrite blennorrhagique chez la femme, 61.

Ignipuncture de l'ovaire, 204.

Inflammations des organes génitaux de la femme (procédé de Thure Brandt dans le traitement des), 60.

Injections intra-utérines, 61, 527. — d'eau bouillante (destruction de la muqueuse utérine par les), 784.

Iode (traitement des endométrites par la teinture d'), 349.

Kystes papillaires intra-ligamentaires (hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des), 748.

Lavage direct de la cavité tubaire (traitement de la salpingite blennorrhagique par le), 527.

Ménopause (congestions faciales intenses dues à la), 565.

Métrites catarrhales (l'éther iodoformé dans le traitement des), 205.— chronique (traitement médical de la), 417. — (l'airol appliqué au traitement des), 314. — (traitement des) par l'essence de Wintergreen, 820.

Métrorrhagies (les) dans les maladies de cœur, 417.

Muqueuse utérine (destruction de la) par les caustiques, 240. — utérine (destruction de la) par les injections d'eau bouillante, 784.

Myômes utérins (traitement actuel des), 348.

Myomotomie (de la), 348.

Ovaire (résection et ignipuncture de l'), 204.

Ovariotomie vaginale, 239, 528.

Périnée (restauration du), 240.

Périnéorrhaphie dans la période post-puerpérale, 856.

Pinces à demeure (de l'hystérectomie vaginale avec), 279.

Prolapsus génitaux, 25. — utérin (élytrotomie postérieure dans le traitement du), 784.

Prurit de la vulve (traitement du), 490. — vulvaire (traitement du), 97.

Puerpérale traitée par le sérum de Marmoreck (fièvre), 459.

Rectum (restauration du), 240.

Restauration de l'urètre chez la femme, 855.

Rétro-déviations de l'utérus (traitement des), 25. — utérine (traitement opératoire de la), 315.

Rétroflexions de l'utérus (opérations employées dans les), 167. — (nouvelle méthode opératoire du traitement de la), 315.

Rétroversions de l'utérus (opérations employées dans les), 167. — (traitement de la) par la vagino-fixation, 206.

Rupture précoce de grossesse extra-utérine, traitement, 61. — traumatique de l'utérus avec étranglement de l'intestin dans sa cavité, 26.

Salpingite blennorrhagique (traitement par le lavage direct de la cavité tubaire), 527. — suppurées (castration abdominale pour), 747.

Salpingo-oophorectomie sans pédicule (technique de la), 26.

Salpingo-ovarites bilatérales (castration abdominale pour), 820.

Sérum de Marmoreck (fièvre puerpérale traitée par le), 459.

Stérilité d'emblée et gonorrhée, 528.

Sublimé (emploi des antiseptiques et spécialement du) dans les accouchements, 419.

Sulfate de quinine (emploi du) dans le traitement de l'avortement incomplet, 346.

Suppurations pelviennes aiguës (traitement des), 205. — des canaux accessoires de l'urètre chez la femme, 854.

Taille sus-pubienne dans le traitement des fistules vésico-vaginales, 709.

Thérapeutique intra-utérine (observations sur la), 96.

Thure Brandt (procédé de) dans le traitement

des inflammations des organes génitaux de la femme, 60.
Toucher vésical dans certaines affections péri-utérines, 749.
Tumeurs de l'utérus (hystérectomie abdominale totale pour), 748. — maligne de l'utérus, traitement, 167.
Urètre (restauration de l'), 240. — chez la femme (deux cas de restauration de l'), 855.
Urétrite blennorrhagique chez la femme (des tiges d'ichtyol dans le traitement de l'), 61.
Utérines (alumnol dans les affections), 675.
Utérus (cancers de l') inopérables traités par l'extrait de chelidonium majus, 458. — (le chelidonium majus dans le cancer de l'), 563. — (grossesse et accouchement après la ventro-fixation de l'), 564. — (nouveau procédé d'évidement du col de l'), 527. — (résultats de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'), 346. — (rupture traumatique de l') avec étranglement de l'intestin dans sa cavité, 26. — (traitement des rétro-déviations de l'), 25. — (traitement des tumeurs malignes de l'), 167. — (traitement palliatif du cancer de l'), 563.
Vagin (restauration du), 240.
Vagino-fixation (traitement de la rétroversion par la), 206.
Vapeur d'eau bouillante (traitement de l'endométrite hémorragique par la), 783.
Ventro-fixation de l'utérus (grossesse et accouchement après la), 564.
Vessie (traitement palliatif du cancer de la) chez la femme, 205.
Voie opératoire vaginale en gynécologie, 489.
Vulve (traitement du prurit de la), 490.
Vulvo-vaginite chez les petites filles (traitement de la), 674.

Obstétrique

(Dr Demelin)

Accouchement (hémorragies dans l'), 710.
Avortement incomplet (traitement de l'), 530.
Bains (les) pour les nouveau-nés, 241.
Calomel (ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés, traitement par le), 600.
Cancer utérin et grossesse, 675.
Col (traitement des déchirures du), 785.
Conjonctivite purulente des nouveau-nés (traitement prophylactique), 600.
Convulsions puerpérales (emploi du veratrum viride dans les), 676.
Cordon ombilical chez le nouveau-né (soins à apporter au), 599. — (traitement des hernies du), 241.
Déchirures du col consécutives à l'accouchement (traitement des), 785.
Eclampsie puerpérale (traitement de l'), 241, 529. — puerpérale (veratrum viride dans le traitement de l'), 785. — puerpérale (injection de pilocarpine dans l'), 823.
Enceintes (vomissements incoercibles des femmes), 639.
Grossesse (cancer utérin et), 675. — (de la) dans ses rapports avec les affections du sein, 27. — (hémorragies dans la), 710. — (quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire pendant la), 676. — extra-utérine compliquée, 822. — extra-utérine (nécessité de l'intervention chirurgicale dans la), 822.
Hémorragie grave due à une insertion vicieuse du placenta ; injection de sérum, 565. — dans la grossesse et l'accouchement, 710. — liée à l'insertion vicieuse du placenta (traitement de l'), 134. — post-partum (prophylaxie de l'), 529.
Hernies du cordon (traitement des), 241.
Injections de sérum artificiel dans un cas d'hémorragie grave due à une insertion vicieuse du placenta, 565.
Insertion vicieuse du placenta (traitement de l'hémorragie liée à l'), 134.
Membranes (rétention des) au point de vue thérapeutique, 639.
Nouveau-nés (les bains pour les), 241.
Nucléines au point de vue puerpéral (les), 599.
Ophtalmie blennorrhagique chez les nouveau-nés, traitement par le calomel, 600.
Périnéotomie pendant l'accouchement, 27.
Pilocarpine (injections de) dans l'éclampsie puerpérale, 823.
Placenta (injection de sérum artificiel dans un cas d'hémorragie grave due à une insertion vicieuse du), 565. — prævia (traitement du), 135. — (traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du), 134.
Porro (un cas d'opération de) pratiquée a[illegible] succès, 27.
Puerpéral (les nucléines au point de vue), 5[illegible]
Rétention des membranes au point de vue th[illegible]rapeutique, 639.
Sein (de la grossesse dans ses rapports avec [illegible]s affections du sein), 27.
Stricture du cordon, soins à apporter au c[illegible]don ombilical chez le nouveau-né, 599.

Vératrum viride (emploi du) dans les convulsions puerpérales, 676. — viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, 785.
Vomissements incoercibles des femmes enceintes, 639. — incoercibles de la grossesse (traitement des), 565.

Pédiatrie

(Dr E. Thiercelin)

Accidents de la première dentition et leur traitement, 823.
Air (traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'), 838.
Angines aiguës chez les enfants (le salol dans les), 207.
Bains tièdes (de la supériorité des) sur les bains froids dans les maladies aiguës de l'enfance, 64.
Benzonaphtol associé au salicylate de bismuth dans le traitement de la diarrhée d'été des jeunes enfants, 63.
Broncho-pneumonie aiguë chez les jeunes enfants (traitement de la), 709.
Catarrhe naso-pharyngien chez les enfants (traitement du), 169.
Chlorhydrate de phénocolle dans le traitement de la coqueluche, 566.
Constipation des bébés (la), 315.
Coqueluche (le chlorhydrate de phénocolle dans le traitement de la), 566. — (traitement de la), 169. — (traitement de la) par la quinoléine, 709. — (traitement de la) par la résorcine, 316.
Corps étranger de la trachée enlevé par le tubage, 824.
Croup compliquant la rougeole (tubage et trachéotomie dans le), 188.
Dentition (accidents de la première) et leur traitement, 823.
Diarrhée d'été des jeunes enfants (emploi du benzonaphtol associé au salicylate de bismuth dans le traitement de la), 63. — infantile (action du képhyr dans la), 492. — infantile (le tanin et ses dérivés dans la), 566.
Dilatation de l'estomac chez les nourrissons, 566.
Dyspepsie gastro-intestinale des enfants du premier âge (traitement de la), 302.
Eau froide en médecine infantile (l'), 419.
Electrique (traitement) dans la paralysie infantile, 242.
Estomac (dilatation de l'), chez les nourrissons 566.
Gastro-entérite cholériforme des nourrissons (traitement), 62.
Glande thyroïde de mouton (idiotie myxœdémateuse chez deux enfants, traitement par ingestion de), 135.
Hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés (traitement des), 168.
Hystérie infantile (l'), 856. — infantile (l') en vendée, 856.
Idiotie myxœdémateuse chez deux enfants, traitement par ingestion de glande thyroïde de mouton, 135.
Infections de l'enfant (traitement des), 838.
Injections de spermine chez les nourrissons, 602. — sous pression (invagination chez un enfant de 7 mois, guérie par les), 135.
Intestinales (traitement des affections) chez les enfants en bas âge, 242.
Invagination chez un enfant de 7 mois guérie par les injections sous pression, 135.
Iodothyrine (emploi de l') en pédiatrie, 242.
Iodure de sodium et quinine par la voie rectale chez les enfants, 567.
Képhyr (action du) dans la diarrhée infantile, 492.
Laryngites aiguës de l'enfance (traitement des), 600.
Larynx (tubage du), 710.
Lavage de l'estomac chez les enfants (indications du), 63.
Lavements médicamenteux dans la médecine des enfants, 28.
Néphrite aiguë simple des enfants, traitement, 856.
Nourrices (des médicaments qu'il ne faut pas prescrire aux), 492.
Nourrissons (injections de spermine chez les), 602.
Œdème des poumons chez des enfants guéris par le strophantus, 316.
Paralysie infantile (traitement électrique hâtif dans la), 242.
Pied bot congénital chez l'enfant (traitement du), 28.
Prolapsus du rectum chez l'enfant et son traitement, 169.
Quinine (absorption de l'iodure de sodium et de la) chez les enfants par la voie rectale, 567.
Quinoléine (traitement de la coqueluche par la), 709.

Rectum (prolapsus du) chez l'enfant et son traitement, 169.
Résorcine (traitement de la coqueluche par la), 316.
Rougeole (traitement de la), 491. — (la trachéotomie et le tubage dans la), 206.
Salicylate de bismuth (emploi du benzonaphtol associé au) dans le traitement de la diarrhée d'été des jeunes enfants, 63. — de mercure (traitement de la syphilis congénitale des nourrissons par des injections de), 602.
Salol (le) dans les angines chez les enfants, 207.
Spermine (injections de) chez les nourrissons, 602.
Strophantus (œdème des poumons chez des enfants guéris par le), 316.
Syphilis congénitale des nourrissons (traitement de la) par des injections de salicylate de mercure, 602.
Tanin et ses dérivés dans la diarrhée infantile (le), 566.
Tannalbine (action de la), 242.
Thyroïdienne (médication) chez les enfants, 28.
Trachéotomie et le tubage dans la rougeole (la), 206.
Tubage du larynx (le), 710. — (la trachéotomie et le) dans la rougeole, 206. — (le) et la trachéotomie, 84. — et trachéotomie, 115. — et trachéotomie dans le croup compliquant la rougeole, 188. — (corps étranger de la trachée enlevé par le), 824.
Typhoïde (traitement de la fièvre) chez les enfants, 420.
Voie rectale (absorption de l'iodure de sodium et de la quinine chez les enfants par la), 567.
Vulvo-vaginites des petites filles (traitement des), 207.

Pharmacologie

(Dr E. Vogt)

Accidents dus à une spécialité (pilules contre la constipation), 187.
Acide picrique (le carbonate de lithine pour enlever la couleur de l'), 495. — picrique (l') en thérapeutique, 568. — salicylique (action sur l'économie de l'), 244. — salycilique (gangrène spontanée des extrémités traitée par l'), 808.
Action thérapeutique de quelques combinaisons rhodamiques, 824.
Agave (jus de l') dans le scorbut, 787.
Air sec chaud (emploi thérapeutique des bains locaux d'), 208.
Airol (action toxique de l'), 859.
Albuminurie (action du bleu de méthylène sur l'), 459.
Alimentation par la voie hypodermique à l'aide d'huile d'olive, 712.
Amaurose à la suite de l'ingestion de quinine, 604.
Analgésique local (injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé comme), 243.
Anesthésie générale (bromure d'éthyle dans l'), 788.
Anesthésique (l'holocaïne, nouvel), 243.
Aniline (les couleurs d') comme antiseptique, 857.
Anilipyrine (de l'), 530.
Antidiarrhéique (la tannalbine comme), 859.
Antiémétique (action) de la teinture de lichen d'Islande, 788.
Antigalactagogue (action) du camphre, 280.
Antiphlogistique (la médication) devant les idées modernes, 97.
Antipyrétiques (thérapeutique des), 170.
Antipyrine (étude des accidents causés par l'), 115. — (influence de l') sur le chlorhydrate de quinine, 640. — (intoxication par l'), 11.
Antisudorale (action) de la sauge, 281.
Antithermiques dans la tuberculose pulmonaire (les), 443. — (hyperthermie pré-tuberculeuse rebelle aux), 301.
Antivenimeuses (propriétés) de la bile de serpent, 711.
Apocynum cannabinum (étude pharmacologique de l'extrait fluide d'), 569.
Appareil brûleur antiseptique, 693.
Arc voltaïque (effets curatifs de l'), 422.
Azote gazeux (rôle de l') dans les eaux minérales, 268.
Bains locaux d'air sec chaud (emploi thérapeutique des), 208.
Bichlorure de mercure (traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de), 330.
Bière ferrugineuse, 642.
Bile de serpent (propriétés antivenimeuses de la), 711.
Bismuth (intolérance pour le sous-nitrate de), 267.
Bleu de méthylène (action du) sur l'albuminurie, 459.

Borjome (action des eaux de) sur la composition du sang, 603.
Bouleau (tisane de feuilles de), diurétique puissant et inoffensif, 171.
Bromure d'éthyle dans l'anesthésie générale 788.
Caféine (susceptibilité particulière à la), 225.
Calomel (susceptibilité extraordinaire pour le), 842.
Camphre (action antigalactagogue du), 280. — (action thérapeutique du), 787.
Carbonate de lithine pour enlever la couleur de l'acide picrique, 495.
Celluloïd comme objet de pansement (le), 712.
Chelidonine (action de la), 751.
Chinosol (pouvoir désinfectant du), 676.
Chlorhydrate de phénocol (action du) dans la fièvre intermittente, 100. — de quinine (influence de l'antipyrine sur le), 640.
Chloroforme (action vaso-motrice du), 349.
Chloroformisation (action vaso-motrice du chloroforme et ses rapports avec les accidents de la), 349.
Chlorose (quelle préparation ferrugineuse doit-on prescrire dans la), 99.
Cicatrisation des plaies (influence de l'accumulation de la nicotine sur la), 422.
Collodion mentholé (traitement des contusions par le), 317.
Contre-fluxionnaire (la médication) devant les idées modernes, 97.
Convallamarine (action de la) sur la narcose chloroformique, 209.
Corétine (la), 788.
Courants produits par les stations centrales (accidents et risques dans l'utilisation des), 388.
Cystisine (la) considérée comme médicament, 388.
Désinfectant (pouvoir) du chinosol, 676.
Digitale (les feuilles de) et la digitaline cristallisée, 493.
Digitaline cristallisée et digitoxine, 85, 330. — cristallisée (les feuilles de digitale et la), 493. — cristallisée, 841.
Digitoxine, 841.
Diméthylpipérazine (le lycétol ou tartrate de), 208.
Eau chaude comme modérateur du réflexe névro-musculaire (emploi de l'), 423. — potable stérilisée (nouvelle méthode pour l'obtention d'), 208. — minérales (rôle de l'azote gazeux dans les), 268.
Echanges interstitiels chez l'homme (influence des préparations de glandes thyroïdes et de glandes pituitaires sur les), 388.
Empoisonnement par le papier de tenture arsenié, 751.
Endosmose électrique en thérapeutique, 641.
Entéroclyse (l'), 422.
Erreurs de technique en hydrothérapie, 171.
Eucaïne (l'), 84, 115, 187. — (les), 403.
Euquinine (l'), 170.
Europhène (action thérapeutique dans les maladies de la peau), 267.
Extraits de plantes (action pharmaco-dynamique de certains) obtenus par dialyse, 530. — de rate (valeur thérapeutique de l'), 100. — thyroïdien (lésions produites par l'), 711.
Ferrugineuse (préparation) à prescrire dans la chlorose, 99.
Fièvre intermittente (action du chlorhydrate de phénocol dans la), 100.
Gaïacol chloroformé (injections sous-cutanées de) comme analgésique local, 243.
Géosote (valérianate de créosote), 751.
Glande thyroïde dans un cas de goitre (association médicamenteuse ayant fait disparaître, les accidents dus à l'administration de la), 99.
Glutoïde (les capsules de), 65.
Goitre (association médicamenteuse ayant fait disparaître les accidents dus à l'administration de la glande thyroïde dans un cas de), 99.
Graisses (action de la thyroïdine sur l'assimilation des) chez l'homme sain, 604. — iodées (manière de se comporter des) dans l'organisme, 459.
Guéthol (le), 677.
Hémorragies (l'opothérapie hépatique dans les), 422.
Holocaïne (l'), nouvel anesthésique, 243.
Huile d'olive (alimentation par la voie hypodermique à l'aide d'), 712. — phéniquée (pouvoir antiseptique de l'), 85.
Hypodermique (alimentation par la voie) à l'aide d'huile d'olive, 712.
Ichtalbine, préparation insipide et inodore à base d'ichtyol, 568.
Ichtyol (de l'), 99. — (traitement de la chylurie par l'), 808.
Immunisante (action) des saignées abondantes, 281.
Injections de sérum artificiel dans la colite muco-membraneuse, 732. — intra-veineuses de sérum artificiel (à propos des), 421. — sous-cutanées de gaïacol chloroformé comme analgésique local, 243. — de sérum artificiel, choix d'un procédé parallèle de deux méthodes, 857.

Iode (action de l') sur les microbes pathogènes, 460.
Iodo-thiroïdine (l'), 187. — et préparations à base de corps thyroïde, 154.
Iodure de peptone (propriétés antiseptiques de l'), 603. — de potassium (rapidité d'absorption stomacale de l'), 99.
Jaborandi (intoxication par le), 301. — (peut-on prescrire les préparations galéniques de?), 858.
Kryoline (la), 349.
Laborde (procédé de) dans la narcose, 281.
Lactate de strontium (action du), 641.
Lait gras de Gaertner (le), 712.
Levure (action et emploi des acides nucléiques de la) dans la tuberculose, 494.
Lichen d'Islande (action antiémétique de la teinture de), 788.
Lumière électrique (action analgésique de la), 604.
Lycétol (le) ou tartrate de diméthylpipérazine, 208. — (le), 244.
Martiale (à propos de la médication), 388.
Médicaments réducteurs (recherches sur les), 750. — qu'il ne faut pas prescrire en cachets, 786.
Médication antiinfectieuse commune, 170.
Microbes pathogènes (action de l'iode sur les), 460.
Naphtalan (du), 495.
Narcose chloroformique (action de la convallamarine sur la), 209. — (le procédé de Laborde dans la), 281.— (la question de la), 825.
Nicotine (influence de l'accumulation de la) dans l'organisme sur l'action des médicaments internes et sur la cicatrisation des plaies, 422.
Opothérapie hépatique dans les hémorragies, 422.
Opothérapiques (préparation des médicaments), 767.
Pansement (le celluloïd comme objet de), 712.
Papier de tenture arsenié (empoisonnement par le), 751.
Parthenium hysterophorus (le), 388.
Péronine (la valeur thérapeutique de la), 421.— (la) sédatif nouveau, 824.
Pituitaires (influence des échanges de glandes thyroïdes et de glandes) chez l'homme, 388.
Poudre de Dower (comment il faut la prescrire), 493.
Pyoctanin bleu (les couleurs de) comme antiseptique, 857. — doré (les couleurs de) comme antiseptique, 857.
Pyramidon (le), 302. — (le) dérivé de l'antipyrine, 750.
Pyrèthre (un cas d'empoisonnement par la poudre de), 187.
Quina-naphtol (le), nouvel antithermique et antiseptique, 100.
Quinine (amaurose à la suite de l'ingestion de), 604.
Raisin (cure de), 788.
Rate (valeur thérapeutique de l'extrait de), 100.
Rhodaniques (action thérapeutique de quelques combinaisons), 824.
Roumanie (les termes et stations sanitaires de la), 641.
Saignées abondantes (action immunisante des), 281.
Salicylate de méthyle (emploi du), 767.
Salicylate de soude (action sur l'économie du) administré pendant longtemps, 244.
Sanose (la), nouvelle préparation albuminoïde, 750.
Sauge (action antisudorale de la), 281.
Scorbut (jus de l'agave dans le), 787.
Sels de quinine (injections sous-cutanées de) et influence de l'antipyrine sur le chlorhydrate de quinine, 640.
Sérum artificiel (à propos des injections intraveineuses de), 421. — artificiel (pyonéphrite purulente aiguë guérie par les injections de), 48.
Spermine (la) comme névrosthénique, 350.
Stations centrales (accidents et risques dans l'utilisation des courants produits par les), 388.
Suppositoires (à propos des) et de leur mode de préparation, 64.
Syzigium jambolanum (valeur du), 603.
Tamarin (essence de), 824.
Tannalbine (la) comme antidiarrhéique, 859.
Théobromine (action de la), 693. — (la), 732.
Thyroïdes (influence des préparations de glandes) et de glandes pituitaires sur les échanges interstitiels chez l'homme, 388.
Thyroïdine (la), 225. — (action de la) sur l'assimilation des graisses chez l'homme sain, 60 .
Transformateur électrique à grand rendeme , 808.
Traumatol (le), 640.
Tuberculose (action et emploi des acides nucléiques de la levure dans la), 494.
Urée (action diurétique de l'), 859.
Urotropine (propriétés et indications de l'), 82 .

Valérianate de créosote (géosote), 751. — de gaïacol (communication préalable sur le), 64.
Validol (le) analeptique et antihystérique nouveau, 857.
Verrerie de laboratoire (nettoyage de la), 788.

Massothérapie et hydrothérapie

(Dr Berne)

Albuminurie et hydrothérapie, 351.
Bains de mer (action curative des) dans les affections gastriques, 351.
Basedow (l'hydrothérapie dans le traitement de la maladie de), 604.
Douche-massage d'Aix-les-Bains, 350.
Gastriques (action curative des bains de mer dans les affections), 351.
Malaria (l'hydrothérapie de la), 605.

Formulaire

Acné pustuleuse (pommade contre l'), 245.
Aménorrhée (contre l'), 460.
Antinévralgiques (pilules), 317.
Blépharite ciliaire (pommade contre le prurit de la), 65.
Broncho-trachéite aiguë simple (traitement de la), 531.
Brulures (pommade contre les), 352.
Colles médicamenteuses, 605.
Constipation (poudre composée contre l'hyperchlorhydrie gastrique avec), 101.
Coryza (traitement du), 677.
Dentition laborieuse (collutoire contre la), 825
Dépilation (solution pour la), 101.
Dyspepsie asthénique, 352.
Eczéma séborréique, 713.
Engelures rebelles des pieds, 569.
Erysipèle de la face, 317.
Gerçures des mains (pommade contre les), 172.
Granulations exubérantes dans les cas d'ulcère variqueux, 135.
Grossesse (mixture contre la polyurie de la), 495.
Hémoptysie chez l'enfant (traitement de l'), 29.
Hyperchlorhydrie gastrique avec constipation (poudre composée contre l'), 101.
Hypocondrie gastrique, 788.
Injection caustique intra-utérine, 495. — hypodermiques (solution claire de cocaïne et de sublimé pour), 424.
Insomnie (potion contre l'), 352.
Intertrigo (topique contre l'), 135.
Iodisme (préparations d'iodure de potassium pour prévenir l'), 605.
Iodure de potassium en pilules, 713. — de potassium (préparations pour prévenir l'iodisme), 605.
Ozène (traitement de l'), 245.
Paralysies diphtéritiques, 245.
Pharyngite sèche (badigeonnages contre la), 172.
Polyurie de la grossesse (mixture contre la), 495.
Potion antidiarrhéique, 424.
Poudre antiseptique, 245.
Prurit de la blépharite ciliaire (pommade contre le), 65. — sénile (contre le), 642.
Pustules acnéiques volumineuses (pommade contre les), 209.
Raucité de la voix (pastilles contre la), 65.
Rhinite (traitement de la), 788.
Rhumatisme articulaire aigu, 860.
Sécrétion lactée (mélange pour tarir la), 751.
Solution claire de cocaïne et de sublimé pour injections hypodermiques, 424.
Sycosis (contre le), 209.
Taches pigmentaires (traitement des), 569.
Tuberculose (pilules contre la), 751.
Ulcère de jambe (préparation contre l'), 825. — variqueux (granulations exubérantes dans les cas d'), 135.
Ver solitaire (mixture contre le), 677.
Voix (pastilles contre la raucité de la), 65.

Variétés et nouvelles

Académie de médecine, pages : 101, 136, 172, 282, 862.
Actes officiels, 531.
Administration (les projets de l'), 643.
Admission des enfants dans les établissements industriels (certificat d'aptitude physique pour l'), 29.

Affaire Boisleux, 352.
— Grisey, 425.
— Laporte, 715, 754, 791, 828.
Alcoolisme et folie en Angleterre, 606.
Ambulances urbaines, 531.
Anachronisme et réclame, 246.
Anusol (l'), 66.
Application judiciaire des rayons X, 210.
Asile Sainte-Anne (la direction de l'), 353.
Association de la presse médicale française, 136. — française d'urologie, 461.
Bicyclette (inconvénients de la), 461.
Bretelles chirurgicales, 791.
Bureau central, 531.
Chantage contre un médecin, 863.
Comme on nous juge, 282.
Concours des hôpitaux, 352. — d'agrégation, 862.
Congrès de chirurgie, 496. — de Moscou, 66, 210, 245, 317, 353. 570, 606, — (Petites mésaventures du grand), 643.
Contenu extraordinaire d'un estomac de femme, 245.
Cours, 101, 317, 791.
Déclaration des fœtus, 532.
Désinfection (exonération des frais de) en faveur des médecins de Paris, 172.
Distinctions honorifiques, 66, 172, 389. 496, 570.
Doctoresses dans les écoles de filles, 828.
Elections, 245.
Enfants qui crient (les), 282.
Etudes et tabac, 210.
Exonération des frais de désinfection en faveur des médecins de Paris, 172.
Faculté de médecine, 136. — de médecine anglaise (les frais d'études dans les), 461.
Fœtus (déclaration des), 532.
Frais d'études dans les Facultés de médecine anglaises, 461.
Gaietés de l'administration (les), 570.
Hôpital Broca (le nouveau service de gynécologie de l'), 496. — pour les secours d'urgence, 245.
Hôpitaux marins (œuvre des), 282.
Hygiène électorale, 461.
Impôt sur le revenu en Prusse, 606.
Incident Anger-Hartmann, 755.
Isolement des tuberculeux, 531. — (création de services d') pour les tuberculeux, 607.
Jubilé, 532. — (le), 496. — Guyon (le), 389.
Laparotomie faite sur un python, 607.
Laporte (le cas du Dr), 679.
Lèpre à Paris (la), 353.
Lipome (à quoi peut servir un), 66.
Longévité d'un être humain (peut-on pronostiquer?), 30.
Magnétiseur (condamnation d'un), 791.
Médecins et mutualités, 571. — et sociétés de secours mutuels, 318. — sanitaires maritimes (examen des), 209.
Mésaventures (petites) du grand Congrès, 643.
Misère (la) et les médecins en Angleterre, 715.
Nécrologie, 30, 101, 173, 318, 462, 571, 607, 792, 828.
Nominations, 317, 389, 424.
Num naturam morborum curationes ostendunt, 389.
Ordre des médecins belges, 136.
Palais Bourbon (au), 862.
Penis double (un cas de), 791.
Petite chronique, 30, 67, 101, 137, 174, 211, 246 283, 318, 354, 390, 426, 462, 497, 533, 678, 713, 752, 789, 826, 861.
Plomb (falsification du tabac à priser par le), 532.
Police sanitaire (modifications réalisées par la loi nouvelle sur la), 172.
Presse médicale en province (la), 607.
Prix de l'Académie de médecine, 29.
Reconnaissance d'un client, 30.
Remarques thérapeutiques, 425.
Sauveteurs (les), 424.
Secours d'urgence (hôpital pour les), 245.
Service médical de nuit, 136.
Société de biologie, 101. — obstétricale de France, 282.
Square Pasteur, 245.
Statistique médicale, 461.
Tabac à priser (falsification du) par le plomb, 532.
Tatouage thérapeutique (le), 532.
Union des syndicats médicaux de France, 828.

Bibliographie

Aide-mémoire de chirurgie militaire, 536. — médecin-chef des salles militaires dans hôpitaux mixtes, 756.
Anthracose et tuberculose; étude sur les ouvriers des houillères, 284.
Blennorrhagie (traitement de la), 644.
Bruits subjectifs de l'ouïe, 571.
Caféine (dosage de la), 680.

Cérébrale (traitement de l'inflammation), 464.
Chancres extra-génitaux (les), 392.
Chirurgie clinique et opératoire (traité de), 680.
Clinique médicale (leçons de), 680. — thérapeutique (traité élémentaire de), 68.
Cures thermales (les), 536.
Extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale (l'), 428, 499.
Femme (la) aux trois grandes périodes de sa vie, 536.
Formulaire des régimes alimentaires, 320.
Gynécologie clinique et opératoire, 792.
Houillères (étude sur les ouvriers des), 284.
Hygiène de l'obèse (l'), 320. — des pensionnats (progrès à réaliser dans l'), 680.
Infirmière hospitalière (manuel de l'), 792.
Inflammation cérébrale (traitement de l'), 464.
Injections mercurielles (étude sur les), 535. — mercurielles (technique des), 680.
Lavage du sang (le), 535.
Leçons de chimie biologique normale et pathologique, 175.
Mal de Pott (traitement du), 572.
Manuel de l'infirmière hospitalière, 792.
Médecine (traité de) et de thérapeutique, 500.
Mole hydatiforme et deciduome malin (contribution à l'étude histologique de la), 716.
Neurasthénique (hygiène du), 536.
Nouveau formulaire magistral, 571.
Œil (relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'), 464.
Œuvre médico-chirurgicale (l'), 428.
Oreille (relations entre les maladies de l') et celles de l'œil, 464.
Ouïe (bruits subjectifs de l'), 571.
Pathologie interne (tableaux synoptiques de), 756.
Placenta (influence des altérations du) sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né pendant les premiers jours qui suivent sa naissance, 103.
Pratique gynécologique (introduction à la), 139.
Récréations d'un praticien (les), 356.
Régimes alimentaires (formulaire des), 32.
Salles militaires dans les hôpitaux mixtes (aide-mémoire du médecin-chef des), 756.
Synthèse hydrologique, thérapeutique et clinique, hydro-balnéaire des Pyrénées, 356.
Technique chirurgicale, 863. — médicale des rayons X, 176.
Thérapeutique infantile, 32. — (traité de médecine et de), 500. — (cours de), leçon programme, 864.
Traité de chirurgie clinique et opératoire, 608. — de médecine et de thérapeutique, 500.
Tuberculose et anthracose, 284. — et injections huileuses chez l'homme et les animaux, 680.
Ulcère simple de l'estomac (de l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'), 464.
Urine humaine (l'), 176.
Utérus (extirpation totale de l') par la voie vaginale, 499.
Voie vaginale (extirpation totale de l'utérus par la), 499.

FIN DES TABLES

Paris. — Imprimerie Paul Lemaire (Ancienne Maison A. Lanier et ses Fils), 14, rue Séguier.

HIC
810+